



SPPCV
SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE PATOLOGIA
DA COLUNA
VERTEBRAL

XIII

Congresso da SPPCV

Fundação Dr. António
Cupertino de Miranda
PORTO

**26 a 28 de outubro
2023**

Livro de Resumos



Comunicações Orais

E-Posters



CO-01 - COLUNA POTENCIALMENTE INSTÁVEL EM PATOLOGIA TUMORAL – INSTRUMENTAR OU NÃO INSTRUMENTAR?

Elipe Vaz Da Silva¹; Tiago Ribeiro Da Costa¹; Joaquim Reis¹; Alfredo Calheiros¹

1 - Centro Hospitalar Universitário de Santo António

As lesões tumorais secundárias são os tumores mais prevalentes na coluna vertebral, constituindo aproximadamente 90% das lesões diagnosticadas imagiologicamente. Mais frequentemente têm origem na mama e pulmão (40% dos casos) e localizam-se na região dorsal e no osso. Em 20% dos doentes com patologia tumoral primária podem invadir o espaço epidural e/ou provocar compressão medular, condicionando síndrome medular agudo (SMA).

A escala Spine Instability Neoplastic Score (SINS) é útil para avaliar a instabilidade da coluna vertebral associada a lesões tumorais secundárias e a pertinência de realizar instrumentação. Nos doentes com pontuação entre 7 e 12 essa orientação é atualmente incerta.

Realizou-se uma análise retrospectiva e unicêntrica de todos os doentes operados em contexto de SMA devido a lesão tumoral secundária na coluna vertebral entre os anos de 2018 e 2023. Recolheram-se dados demográficos, clínicos e imagiológicos relacionados com a lesão primária e secundária e com o SMA, e ainda dados relacionados com a intervenção cirúrgica e complicações, sobrevida global, dor, performance neurológica e realização de tratamento complementar local.

Posteriormente avaliaram-se os doentes com pontuação entre 7 e 9 (grupo A) e entre 10 e 12 (grupo B) na escala SINS relativamente à realização de instrumentação para controlo algico e o seu resultado clínico.

Analisaram-se 58 doentes (82,9%; idade média de 65,79±11,50 anos) operados por SMA de um total de 70 doentes com lesões secundárias. O género masculino (81%), a origem prostática do tumor primário (27,6%) e a localização dorsal (79,3%) foram mais prevalentes.

Dos 40 doentes com pontuação entre 7 a 12 na escala SINS (68,9%), a dor era refratária em 5 doentes (12,5%) e ocasional em 35 doentes (87,5%). Verificou-se maior prevalência de doentes com pontuação de 3 na escala Bilsky (60%), entre 6 e 7 na escala de Tomita (40%) e entre 9 e 11 na escala de Tokuhashi (42,9%). Não se registaram diferenças significativas entre os grupos A e B (n=20 em ambos).

No final do seguimento (9,23±15,36 meses), verificou-se maior frequência de instrumentação (55% versus 20%) e melhor controlo algico (70% versus 40%) no grupo B (p<0,05).

A análise multivariada não evidenciou diferenças significativas relativamente à histologia do tumor primário, grau de compressão medular, recuperação da performance neurológica e realização de tratamento complementar local.

Os doentes com pontuação entre 10 e 12 na escala SINS parecem ter maior benefício no controlo algico com instrumentação associada à cirurgia de separação atendendo ao maior risco de instabilidade mecânica.

Palavras-chave: Coluna, Tumores, Instrumentação, Dor

CO-O2 - RESULTADOS CLÍNICOS E RADIOLÓGICOS DA ARTRODESE INTERSOMÁTICA POR VÍA OBLÍQUA L4-L5-S1 - UM ESTUDO PROSPECTIVO UNICÊNTRICO

André Santos-Moreira¹; João Carvalho Pereira¹; David Ferreira¹; Paulo Gil Ribeiro¹; Nuno Oliveira¹; Bruno Direito-Santos¹; Pedro Varanda¹

1 - Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Hospital de Braga E.P.E

Introdução: A artrodese intersomática por via oblíqua (OLIF) é uma opção cirúrgica no tratamento da discopatia lombar uni- ou multinível. Na abordagem lombar oblíqua pela esquerda, o intervalo entre a artéria aorta e o músculo psoas permite aceder aos segmentos L1-L5 de forma segura. No entanto, devido à complexidade da anatomia vascular, a inclusão do segmento L5-S1 pode constituir um desafio técnico importante. Os principais objetivos do estudo foram avaliar as complicações intra- e pós-operatórias e os resultados clínicos e radiológicos da artrodese intersomática por via oblíqua dos níveis L4-L5-S1.

Material e métodos: Foram analisados, prospectivamente, todos os doentes submetidos a OLIF L4-5-S1, entre 2012 e 2020, no nosso hospital com, pelo menos, dois anos de seguimento. A avaliação radiológica pré- e pós-operatória foi feita através da radiografia extra-longa da coluna vertebral e da coluna lombar. A avaliação clínica e funcional pré e pós-operatória (às 4 semanas, 3 meses, 1 e 2 anos de seguimento clínico) foi realizada através da escala visual e analógica da dor (VAS - lombalgia e dor referida) e do índice de incapacidade Oswestry (ODI).

Resultados: Entre os 12 doentes submetidos a OLIF L4-5-S1, 4 doentes (30,7%) completaram a avaliação clínica e radiológica. O diagnóstico principal foi a doença degenerativa do disco intervertebral. Todos os doentes eram do sexo feminino, com uma idade média de 62,3 anos à data da cirurgia. Não foi registada qualquer lesão neurovascular durante o procedimento cirúrgico. A variação média (pré-operatório - última avaliação médica) do VAS-lombalgia/dor referida e do ODI foi de 2,75/3 e 10%, respetivamente. O ângulo de lordose segmentar e o índice de altura do disco intervertebral aumentaram 5,38/6,65 (L4-5/L5-S1) e 0,14/0,15 (L4-5/L5-S1), respetivamente. A variação média do ângulo de lordose lombar global foi de, aproximadamente, 6°. Não se verificou qualquer caso de pseudartrose durante o seguimento clínico.

Conclusões: A artrodese intersomática por via oblíqua dos níveis L4-L5-S1 pode ser uma estratégia de sucesso no tratamento da discopatia multinível e associar-se a uma baixa taxa de complicações intra- e pós-operatórias e a bons resultados clínico-radiológicos.

Palavras-chave: Doença degenerativa do disco intervertebral, Artrodese intersomática por via oblíqua, Espondilolistese, Cirurgia da coluna vertebral

CO-03 - QUAL O IMPACTO DA ADMINISTRAÇÃO DE CORTICOIDE INTRAOPERATÓRIO NA RECUPERAÇÃO PRECOCE DE DOENTES SUBMETIDOS A DISCECTOMIA LOMBAR POR VIA ENDOSCÓPICA? – ESTUDO-PILOTO PARA ESTUDO RANDOMIZADO CONTROLADO.

Pedro Valente Aguiar^{1,2}; Osvaldo Sousa^{1,2}; Marisa Cunha^{1,2}; Paulo Pereira^{1,2}; Pedro Santos Silva^{1,2}

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

Introdução: Não existem estudos de qualidade sobre o efeito da administração de corticoide intraoperatório em cirurgia endoscópica da coluna. Apresentamos um estudo-piloto e uma proposta de protocolo para um estudo randomizado controlado com o objetivo de avaliar os resultados precoces da aplicação de corticoide em doentes submetidos a discectomia lombar endoscópica.

Material e métodos: O estudo-piloto randomizado e duplamente cego realizou-se num centro terciário neurocirúrgico e incluiu doentes adultos submetidos a remoção de hérnia discal por via endoscópica entre setembro de 2022 e maio de 2023 para tratamento de radiculopatia lombar. Avaliaram-se 3 grupos aos quais se aplicaram no intraoperatório e após remoção da hérnia discal soro fisiológico (grupo controlo), 1 mL (grupo 1) e 2 mL (grupo 2) de dexametasona. As variáveis pré-operatórias foram: idade, sexo, grau de degeneração discal, via de abordagem endoscópica e nível lombar, duração da sintomatologia, estado funcional pelo Oswestry Disability Index (ODI) e a intensidade da dor lombar e membro inferior (NRS). No pós-operatório avaliaram-se NRS lombar e do membro inferior às 48h, 14 dias, 1 e 3 meses assim como o valor do ODI aos 3 meses. Adicionalmente, avaliou-se o retorno laboral, a necessidade de analgesia e a presença de complicações 3 meses após a cirurgia.

Resultados: Foram avaliados 36 doentes (21 mulheres), 13 no grupo controlo, 8 no grupo 1, 15 no grupo 2, com idade mediana de 42 anos. Os grupos eram semelhantes nas suas características pré-operatórias. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos nos vários tempos de avaliação (two-way ANOVA, NRS membro inferior: $p = 0,65$, NRS lombar: $p = 0,56$). Aos 3 meses, verificou-se melhora em relação ao pré-operatório em todos os grupos sendo que a redução mediana da dor do membro inferior foi de 7 e 5, respetivamente nos grupos 2 e de controlo (Kruskal-Wallis, $p=0,648$). A melhora do ODI foi de 36 no grupo 2 face a 28 no grupo de controlo ($p = 0,51$); 83% dos doentes tratados com dexametasona não realizavam analgesia 3 meses após a cirurgia face a 58% no grupo de controlo ($p = 0,22$).

Conclusão: Neste estudo-piloto não se identificaram diferenças estatisticamente significativas nos resultados clínicos dos doentes tratados com dexametasona (1 ou 2 mL) face ao grupo de controlo. No entanto, as tendências encontradas justificam a progressão do estudo randomizado para a dose de 2 mL.

Palavras-chave: endoscopia, corticoides, radiculopatia, lombar

CO-04 - FRATURAS DA JUNÇÃO CERVICO-TORACICA - ESTUDO RETROSPETIVO DO TRATAMENTO E COMPLICAÇÕES

João Reis¹; Diogo Rodrigues²; Ricardo Pinto²; Arnaldo Sousa²

1 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro; 2 - Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução: As fraturas da junção cervico-toracica são lesões raras, no entanto apresentam uma elevada taxa de morbimortalidade face às graves consequências da lesão medular e de raízes nervosas.

O tratamento cirúrgico é controverso e complexo, não existe consenso acerca do melhor tipo de fixação da fratura. As hipóteses para tratamento cirúrgico são a estabilização anterior, posterior ou combinada. A abordagem posterior permite uma redução direta das facetas e uma fixação longa, com desvantagem das complicações de cicatrização. A abordagem anterior permite a remoção de hérnias disciais, fixação de um ou de vários níveis – no entanto a respeito de fraturas da junção cervico-toracica a abordagem inferior é limitada.

No entanto face ao reduzido volume desta patologia não existe consenso do tratamento adequado face às diferentes características de cada fratura.

Material e Métodos: Analisaram-se retrospectivamente todos os doentes operados por fraturas cervico-toracica durante um período de 14 anos (2008-2022) numa instituição.

As variáveis avaliadas foram a idade, sexo, classificação da fratura (AO Subaxial), estado neurológico, tipo de tratamento e suas complicações (estado neurológico durante o follow-up, falência de intervenção, necessidade de revisão cirúrgica)

Resultados: Face à análise foram incluídos 20 doentes (16 H,4M) com idade média de 63.3 anos. As fraturas mais prevalentes foram os tipos C e B1, n=7 e n=6, respetivamente. À admissão 50% dos doentes não apresentavam défice neurológico (NO – Classificação AO) e 25% apresentavam lesão completa da medula espinal (N4). Apenas 3 doentes apresentavam coluna em bambu.

A via de abordagem mais utilizada para fixação desta fratura foi a via anterior (n=15), apenas um caso foi tratado por dupla abordagem. Na via anterior foi fixado o nível da fratura em 5 casos, os níveis contíguos (2) foram fixados em 7 casos e em 2 casos foram fixados 3 níveis. Por via posterior foram fixados 2 níveis acima e abaixo. Na via combinada foi fixado apenas um nível.

Nos 3 casos de fratura com coluna de bambu foram fixados 3 níveis por via anterior (n=2), por via posterior foram fixados 4 níveis (n=1).

Nos casos em que se registou falência de fixação – um caso foi inicialmente tratado apenas com fixação posterior, 2 casos com fixação anterior de 1 nível e 2 níveis.

A revisão da falência de fixação posterior foi uma abordagem anterior com ACDF de 2 níveis superiores e 1 nível inferior; As revisões da falência anterior foram submetidas a instrumentação posterior (2 níveis superiores e inferiores) em 3 casos, em 1 caso foi prolongada a fixação ao nível proximal (2 níveis superiores, 1 nível inferior) Apenas um dos doentes com falência de osteossíntese apresentava coluna em bambu. A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi 10%

Conclusões: A baixa incidência destas lesões torna difícil a sua correta análise e consequentemente a elaboração de normas orientadoras de tratamento. O elevado risco de lesões neurológicas com o trauma inicial ou a falência da fixação reforça a necessidade de obter uma fixação adequada na abordagem inicial.

Nos resultados aqui apresentados há uma diferente abordagem face à instabilidade e à prática de cada cirurgia, mas é evidente uma fixação mais rígida nos casos de maior instabilidade. A abordagem anterior é a escolha mais utilizada e face a presença de sinais de instabilidade pode ser adicionada a fixação posterior – no mesmo tempo cirúrgico ou em diferido- de acordo com o estado clínico do doente.

Palavras-chave: Fratura cervico-toracica, Abordagem anterior, Abordagem posterior, Dupla abordagem

CO-05 - ARTRODESE LOMBAR POR VIA LATERAL (LLIF) MINIMAMENTE INVASIVA: A EXPERIÊNCIA DO NOSSO SERVIÇO

Carlos Magalhães Ribeiro¹; Raúl Baggen Santos¹; Tiago Lima¹; Diogo Grade¹; Hugo Romão¹

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

Introdução: A Artrodese Lombar por Via Lateral (LLIF) minimamente invasiva possibilita uma reduzida dissecação muscular, diminuindo as perdas hemáticas e dor pós-operatória. Adicionalmente, maximiza a dimensão e lordose dos implantes intersomáticos, podendo aumentar a taxa de fusão, diminuir o risco de subsidence e restabelecer mais eficazmente o normal alinhamento da coluna vertebral. É nosso objetivo analisar os doentes submetidos a LLIF no Serviço de Neurocirurgia do CHVNG/E.

Material e Métodos: Identificámos 16 doentes submetidos a LLIF por via transpsoas minimamente invasiva, pela mesma equipa cirúrgica, entre 2021 e 2022. Recolhemos informação quanto à idade, sexo, indicação cirúrgica, segmento operado, volume de perdas hemáticas intra-operatórias e complicações. A dor (Visual Analogue Scale) e a incapacidade (Oswestry Disability Index) foram avaliadas no pré-operatório e aos 1, 3, 6 e 12 meses de seguimento. Analisámos os dados usando o programa IBM® SPSS® Statistics 27. Considerámos significativos valores de $p < 0.05$.

Resultados: A idade média foi $60,1 \pm 7,3$ anos, sendo 25% ($n=4$) homens e 75% ($n=12$) mulheres. Em relação à indicação cirúrgica, 6 (37,5%) doentes apresentaram discopatia/lombalgia crónica, 6 (37,5%) espondilolistese degenerativa, 2 (12,5%) espondilólise e 2 (12,5%) doença do segmento adjacente. A maioria dos doentes foi operada a 1 segmento ($n=12$, 75%). Foram inseridos 20 implantes intersomáticos, sendo 15% em L2-L3 ($n=3$), 60% em L3-L4 ($n=12$) e 25% em L4-L5 ($n=5$). O volume de perdas hemáticas intra-operatórias foi de $68,8 \pm 58,1$ mL. A dor melhorou significativamente de VAS $7,5 \pm 2,0$ no pré-operatório para $3,9 \pm 2,4$ ($p=0.002$), $4,5 \pm 2,2$ ($p=0.003$), $4,5 \pm 2,3$ ($p=0.005$) e $2,8 \pm 2,0$ ($p=0.011$) ao final de 1, 3, 6 e 12 meses de seguimento, respetivamente. Também a incapacidade melhorou significativamente de ODI $50,3 \pm 22,4$ no pré-operatório, para $33,4 \pm 20,1$ ($p=0.011$), $28,9 \pm 19,5$ ($p=0.003$), $26,0 \pm 18,9$ ($p=0.008$) e $13,7 \pm 6,8$ ($p=0.027$) ao final de 1, 3, 6 e 12 meses de seguimento, respetivamente. Obtivemos uma taxa de complicações de 43,8% ($n=7$). A maioria (37,5%; $n=6$) foi transitória e relacionada com a abordagem/posicionamento: 4 casos de hipostesia da coxa ipsilateral à abordagem, 1 (6,3%) caso de cialgia ipsilateral à abordagem e 1 (6,3%) caso de hematoespermia. Verificamos 1 (6,3%) caso de défice motor ipsilateral à abordagem. Não ocorreu lesão vascular ou falência do material/pseudartrose.

Conclusão: A nossa análise apoia a LLIF minimamente invasiva por via transpsoas como uma opção fiável e eficaz para artrodese lombar. Apesar da maioria ser transitória, a taxa de complicações obtida implica uma seleção criteriosa dos doentes.

Palavras-chave: LLIF, MIS, Artrodese, Coluna Lombar

CO-06 - ESTRATÉGIAS CIRÚRGICAS PARA TRATAMENTO DE FRATURAS CERVICAIS EM DOENTES COM COLUNA VERTEBRAL ANQUILOSADA – UM ESTUDO RETROSPETIVO

Afonso Faria¹; Alexandra Santos¹; Arnaldo Sousa¹; Ricardo Rodrigues-Pinto¹

1 - Unidade Vertebro-Medular (UVM). Serviço de Ortopedia. Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução: As fraturas da coluna cervical em pacientes com colunas anquilosadas apresentam desafios e particularidades na gestão e tratamento. Este estudo teve como objetivo investigar as abordagens e estratégias cirúrgicas ideais para os diferentes tipos de fraturas da coluna cervical nessa população específica.

Materiais e Métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva de 31 doentes submetidos a tratamento cirúrgico por fraturas subaxiais da coluna cervical num centro de trauma vertebro medular, entre 2014 e 2022. Os critérios de inclusão englobaram as fraturas tratadas cirurgicamente em pacientes com coluna cervical rígidas, tendo sido excluídas fraturas em C1 e C2. Foram analisados os dados demográficos, localização e classificação da lesão, estado neurológico, abordagem cirúrgica, níveis instrumentados e complicações pós-operatórias.

Resultados: Dos 31 pacientes incluídos, a idade média foi de 75,65 anos. As fraturas foram descritas de acordo com a classificação *AO Spine* da seguinte forma: B1 em dois casos, B2 em 14, B3 em 7 e C em 8 doentes. Nenhum dos doentes apresentou fraturas da coluna AO tipo A. Onze pacientes apresentaram défices neurológicos na admissão, constituindo 35,48% da *coorte*. A abordagem cirúrgica preferencial foi a anterior, compreendendo 26 das intervenções iniciais (83,87%). Em quatro doentes foi optada uma abordagem posterior (12,90%) e 1 doente foi tratado por uma abordagem combinada (3,23%). Em três dos cinco doentes submetidos a uma via posterior isolada ou combinada (60%), houve a necessidade de proceder a uma limpeza cirúrgica por infeção pós-operatória, enquanto no grupo submetido a uma abordagem anterior não houve registo de qualquer infeção ($p = 0,02$). Em relação à falência da fixação, foi verificada em um dos 12 casos submetidos a instrumentação curta (2 níveis) e em dois dos 19 doentes submetidos a instrumentação mais longa (3 níveis ou mais). Dez doentes (32,26%) faleceram no primeiro ano após a cirurgia, com uma taxa de mortalidade superior observada em pacientes com défices neurológicos.

Conclusão: A estratégia cirúrgica de fraturas em colunas cervicais anquilosadas requer uma avaliação cuidada de diversos fatores e a escolha da abordagem cirúrgica deve ser adaptada ao tipo específico de fratura e às características do paciente. Neste estudo, observou-se uma elevada incidência de infeção pós-operatória relacionada com as vias posteriores. Este é um dos fatores que contribui para a escolha preferencial da abordagem anterior, quando tecnicamente possível. Acrescenta-se ainda que não foi observada relação entre o número de níveis instrumentados e a taxa de falência.

Palavras-chave: Traumatologia, Fraturas cervicais, Colunas anquilosadas, Fixação cirúrgica

CO-07 - ESTRATÉGIAS CIRÚRGICAS PARA TRATAMENTO DE FRATURAS TORACOLOMBARES EM DOENTES COM COLUNA VERTEBRAL ANQUILOSADA – UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Afonso Faria¹; Alexandra Santos¹; Arnaldo Sousa¹; Ricardo Rodrigues-Pinto¹

1 - Unidade Vertebro-Medular (UVM). Serviço de Ortopedia. Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução: As fraturas da coluna toracolombar em doentes com colunas anquilosadas representam uma entidade complexa e de gestão cirúrgica desafiante. O objetivo deste trabalho foi estudar as abordagens e procedimentos cirúrgicos mais eficazes e com menor taxa de complicações para os diferentes tipos de fratura.

Material e Métodos: Este estudo retrospectivo estudou 32 doentes submetidos a tratamento cirúrgico por fratura da coluna toracolombar num centro de trauma vertebro-medular entre 2014 e 2022. Os critérios de inclusão abrangeram pacientes com colunas toracolombares rígidas. Foram analisados os dados demográficos, localização da fratura, classificação *AO Spine*, estado neurológico, abordagens cirúrgicas (aberta ou percutânea), níveis instrumentados e complicações pós-operatórias.

Resultados: A idade média dos 32 doentes incluídos foi de 77,1 anos. As classificações *AO Spine* das fraturas foram distribuídas da seguinte forma: B1 em 9 doentes, B2 em 13, B3 em 6 e C em 4 casos. Dos pacientes incluídos, 13 apresentaram défices neurológicos à admissão (40,6%). Em relação às abordagens cirúrgicas, 24 doentes foram operados por via posterior aberta (75%) e 8 foram submetidos a instrumentação pedicular percutânea (25%). Não foi registado qualquer caso de falência da fixação durante o seguimento. Foram registados dois casos de infeções pós-operatórias ocorrerem no grupo de abordagem aberta (8,3%). No grupo de abordagem percutânea, não foi relatada qualquer infeção. Foi realizada descompressão cirúrgica em sete pacientes (21,9%), todos com défices neurológicos, tendo sido obtida uma melhoria neurológica em dois (28,6%). Dos doentes submetidos a descompressão, três acabaram por falecer no primeiro mês de seguimento. No decorrer do primeiro ano após a cirurgia, 12 doentes faleceram (37,5%), sendo a taxa de mortalidade superior nos pacientes com défices neurológicos. No entanto, essa diferença não alcançou significância estatística ($p = 0,15$).

Conclusão: Os doentes com patologia anquilosante da coluna devem ser cuidadosamente avaliados após qualquer traumatismo da coluna toracolombar, uma vez que este tipo de lesão está associada a uma taxa de morbimortalidade elevada. A escolha do procedimento cirúrgico deve ser adaptada ao tipo específico de fratura e às características do paciente

Nesta amostra, a taxa de infeção nula associada às abordagens percutâneas sugere uma potencial vantagem na minimização de complicações pós-operatórias. A descompressão, quando realizada em pacientes com défices neurológicos, conduziu a uma melhoria do estado neurológico numa fração dos doentes (28,6%), destacando o seu potencial benefício clínico.

Palavras-chave: Traumatologia, Fraturas toracolombares, Colunas anquilosadas, Fixação cirúrgica

CO-08 - ARTROPLASTIA DE DISCO CERVICAL – EVOLUÇÃO CLÍNICA E IMAGIOLÓGICA NA SEGUNDA DÉCADA DE SEGUIMENTO

Nuno Vieira Da Silva¹; Ana Morais²; Paulo Pinto²; Pedro Rodrigues²; Nuno Neves²; João Lobo²; Daniela Linhares²

1 - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; 2 - Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução: A artroplastia de disco cervical (ADC) é um procedimento cirúrgico alternativo à artrodese, defendendo-se o seu papel na manutenção da mobilidade cervical e consequentemente na redução da doença do segmento adjacente (DSA). Contudo, vários autores defendem que a longo prazo o seu benefício poderá ser eliminado face ao avançar da osteoartrose local.

Este estudo pretende estudar o resultado clínico e imagiológico da ADC na segunda década de seguimento.

Materiais/Métodos: Neste estudo retrospectivo foram incluídos de todos os doentes submetidos a ADC num centro com uma unidade dedicada a patologia da coluna vertebral, com pelo menos 15 anos de seguimento. Foram avaliados dados demográficos e clínicos – Neck Disability Index (NDI), escala visual analógica de dor cervical (EVA-C) e de braquialgia (EVA-B) – no pós-operatório imediato (POi), 10 anos após a cirurgia (PO1) e no momento de seguimento mais recente (PO2). Imagiologicamente, com RX e RMN, foram avaliados angulação cervical C2-C7, mobilidade segmentar, ossificação heterotópica (OH) e DSA. Foram usados como valores mínimos com significado clínico (MCID) 2.5 para as EVA e 15 para o NDI.

Resultados: Catorze doentes foram incluídos (4 homens), com seguimento médio de 18,6 anos e idade média de 56,9 anos.

Verificou-se uma melhoria significativa do NDI, EVA-C e EVA-B, quando comparado POi quer com o PO1, quer com o PO2 (todos $p < 0.05$). Todas as variações foram significativamente superiores às MCID ($p < 0.05$). Adicionalmente, em nenhum dos parâmetros se verificou variação entre o PO1 e o PO2 significativamente superior às MCID.

Não se verificaram diferenças significativas da angulação cervical entre os 3 momentos.

HO foi registada em 59% dos doentes. O sexo masculino revelou ter um McAffee significativamente superior. A mobilidade do implante foi preservada em 80%.

Não foram encontradas diferenças significativas nos outcomes clínico-imagiológicos quando considerados tabagismo ou tipo de prótese (não-restritiva ou semi-restritiva).

Verificou-se maior taxa de DSA entre o PO1 e PO2, embora sem correlação entre os scores de satisfação e DSA ou OH.

Conclusão: Neste estudo a ADC resultou numa melhoria clínica a longo e muito longo prazo. A maioria dos implantes manteve a mobilidade apesar da OH. A ocorrência de DSA e OH parecem não se relacionar com deterioração clínica, sugerindo que a sua utilização não será a opção mais adequada aquando da avaliação do resultado da

Palavras-chave: Artroplastia cervical, Doença segmento adjacente, Ossificação heterotópica, McAffee

CO-09 - FRATURAS SUBSEQUENTES APÓS VERTEBROPLASTIA: FATORES ASSOCIADOS A NECESSIDADE DE RE-INTERVENÇÃO

Rui Cró Freitas¹; Grigory Fionik²; Hélder Larginho Maurício²

1 - Centro Hospitalar Lisboa Norte; 2 - Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A vertebroplastia percutânea (VP) é um procedimento eficaz no tratamento de fraturas compressivas da coluna (FCC). Uma grande preocupação nesta população de doentes com osteoporose é a possibilidade de novas FCC's nas vertebrae não tratadas, que requerem novo procedimento de VP, não sendo claro quais os fatores de risco e que alterações ao procedimento cirúrgico podem ser efetuadas de forma a prevenir essas recidivas.

Materiais e métodos: Realizou-se uma análise retrospectiva de 172 doentes que realizaram VP entre 2016 e 2023 com ≥ 6 meses de seguimento no mesmo centro clínico. Avaliaram-se as fraturas que ocorreram após VP (FAVP) e fez-se a classificação dos doentes em 2 grupos: doentes sem novas fraturas e doentes com FAVP clinicamente significativa (necessidade de re-intervenção). Avaliaram-se os dados demográficos, níveis submetidos a VP, níveis entre fraturas, tempo entre fraturas, parâmetros radiológicos (presença de gás intra-somático/vácuo, altura do muro anterior antes e após VP, grau de correção da cifose) assim como variáveis cirúrgicas, tais como: a perda de cimento para o disco e número de vertebrae cimentadas.

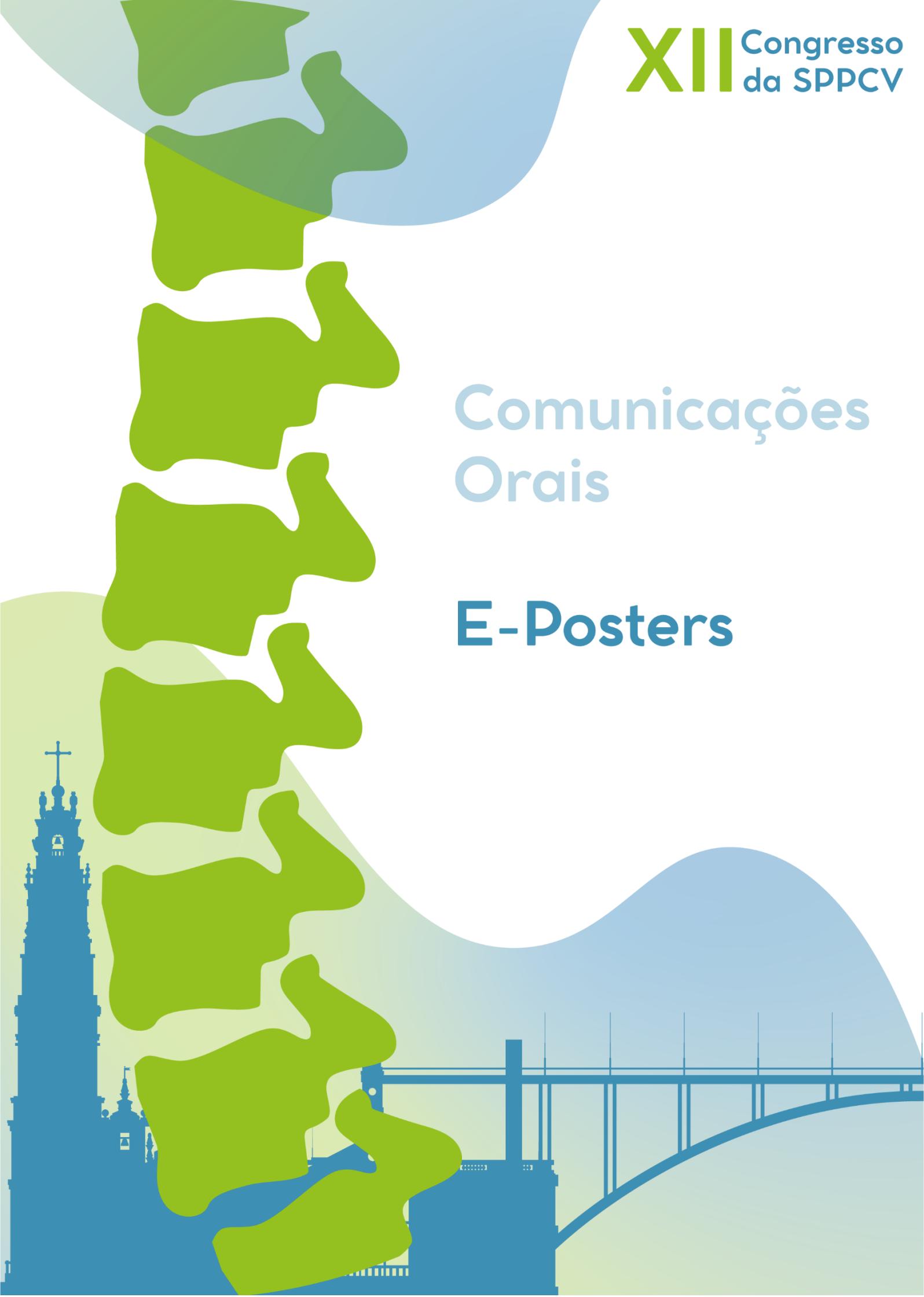
Resultados: Obteve-se 11 doentes com FAVP (6.4%) e necessidade de nova cirurgia, 1 doente necessitou de 2 intervenções por FAVP sucessivas. O tempo médio para FAVP foi de 5.3 meses. No grupo submetido a nova VP, a maior parte das FAVP ocorreram em vertebrae adjacentes (63%), sendo a transição toracolumbar (TTL) mais frequentemente acometida (55%) e em 45% dos doentes ocorreu perda de cimento para o disco durante a primeira cirurgia. Em 4 casos associaram-se a vertebrae com presença de gás intra-somático.

Conclusão: Fraturas iniciais associadas à TTL, assim como a presença de fatores que alterem a biomecânica dos segmentos vertebrais como gás intra-somático, introdução inadvertida de cimento para o disco e o grau de correção da cifose após VP parecem se associar a um risco aumentado de FAVP nos níveis vertebrais adjacentes.

Palavras-chave: vertebroplastia, fraturas osteoporóticas, trauma, complicações cirúrgicas

Comunicações
Orais

E-Posters



EP-O1 - ESPONDILODISCITE E ENDOSCOPIA DA COLUNA – FAZ SENTIDO?

Rute Santos Pereira¹; Ana Beatriz Martins¹; João Cruz¹; Joana Rodrigues¹; Tiago Canas¹; Ricardo Simões¹; Luís Soares¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo

Introdução: A espondilodiscite, condição clínica com gravidade não menosprezável, é tratada maioritariamente com antibiótico isolado. No entanto, em infecções refractárias a tratamento conservador, pode tornar-se necessário abordar cirurgicamente, com o desbridamento por via aberta sendo a opção mais amplamente aceite. A bibliografia é esparsa, mas recentemente a primeira revisão foi publicada acerca da aplicabilidade da endoscopia transforaminal nestes casos.

Com o presente caso clínico pretendemos reforçar o papel do tratamento endoscópico transforaminal em casos de espondilodiscite refractária a tratamento conservador.

Material e métodos: Senhora de 72 anos, parcialmente dependente para as AVDs, com história de DM, HTA e dislipidemia, admitida por sépsis de ponto de partida urinário e bacteriémia a *E. coli*. Desenvolvimento de abscesso do ileo-psoas esquerdo contíguo a suspeita de espondilodiscite L4-L5, optado por tratamento conservador com AB dirigido ao microorganismo isolado numa 1ª fase. Em reavaliação imagiológica por TC em 3 semanas, evidência de extensão ainda a L3-L4, confirmado por RM envolvimento dos corpos de L4, L5 e discos L3-L4 e L4-L5 com extensão à musculatura paravertebral esquerda. Foi então submetida a endoscopia transforaminal L3-L4-L5 à esquerda, com saída de conteúdo sero-purulento com a colocação da cânula colheita de várias amostras líquidas e biópsia sólida e lavagem abundante com soro e gentamicina.

Resultados: Manteve apirexia no pós-operatório e foi possível o isolamento de *Staphylococcus epidermidis* MR, com subsequente ajuste de AB. Por persistência de abscesso do ileo-psoas, abordado cirurgicamente pela Cirurgia Geral, com drenagem do mesmo por via retroperitoneal. Evoluiu favoravelmente, com melhoria gradual dos parâmetros inflamatórios e apirexia sustentada.

Conclusão: Em concordância com a bibliografia disponível, a drenagem, lavagem e desbridamento endoscópico transforaminal em casos de espondilodiscite refractária a tratamento conservador apresenta uma alta taxa de sucesso. No caso que apresentamos, verificou-se resolução do processo infeccioso com controlo do foco, sem necessidade de reintervenção e permitindo o isolamento do agente etiológico com subsequente ajuste de antibioterapia. Esta técnica cirúrgica, revestida de baixa morbidade poderá ser uma opção a considerar sobretudo em casos de múltiplas comorbilidades, nomeadamente enquanto abordagem inicial em conjunto com antibioterapia.

Palavras-chave: Espondilodiscite, Endoscopia, infecção, coluna lombar

EP-O2 - FRATURA DESLOCAÇÃO COMPLETA DA COLUNA TORACOLOMBAR SEM DÉFICE NEUROLÓGICO

Énia Sousa¹; Ricardo Pestana¹; Cícero Silveira¹; Ana Isabel Caleia¹; Catarina Barreira¹; Pedro Lima¹

1 - Hospital Central do Funchal

Introdução: As fraturas deslocação da coluna toracolombar (Tipo C da Classificação da AO SPINE) são fraturas causadas por traumatismos de elevada energia, que levam a rutura completa das três colunas de Denis com uma deslocação associada, que pode ocorrer em múltiplas direções e pode ser completa ou parcial. Devido à elevada energia cinética a que estão associadas, frequentemente acompanham-se de défices neurológicos graves e deformidade vertebral, especialmente quando a deslocação vertebral é maior.

Objetivos: Neste trabalho descrevemos o caso clínico de um doente com fratura da charneira toracolombar com deslocação completa e sem défice neurológico.

Caso Clínico: Jovem do sexo masculino com 20 anos vítima de acidente de viação. À entrada no serviço de urgência tinha queixas de lombalgia intensa, estava hemodinamicamente estável, a *Glasgow Coma Scale (GCS)* era de 15 e não apresentava qualquer défice motor ou sensitivo (ASIA E). A tomografia computadorizada (TC) mostrava uma fratura L1-L2 tipo C com deslocação completa dos bordos fraturários. Foi transferido para o Serviço de Medicina Intensiva onde permaneceu até à cirurgia. Sem intercorrências, além de anemia moderada instalada em 5 dias, por suposta perda hemática lenta pelos bordos de fratura. A cirurgia realizou-se ao 6º dia após traumatismo, sob neuromonitorização: laminectomia L1-L2-L3, observadas lacerações durais que foram tratadas com suturas de seda, seguidamente foi realizada corporectomia de L2 por via póstero-lateral direita e fusão L1-L3 com cilindro expansível (*Obeliscá*) e, por fim, foi realizada fixação D12-L1=L3-L4 com parafusos transpediculares, 2 barras e 2 *cross-links* da *U-Centum*. Ao 4º dia pós-operatório o doente teve alta para a consulta externa. Apresentou ótima evolução, sem necessidade de analgésicos após 6 meses e retoma da atividade laboral aos 12 meses. Após 26 meses, dada a ótima fusão, ausência de deformidade ou queixas associadas o doente teve alta da consulta.

Discussão e Conclusões: Este tipo de fraturas são mais frequentes na transição toracolombar, dada a dramática transição entre a coluna dorsal rígida e a coluna lombar mais móvel. Frequentemente associadas a défices neurológicos severos, podendo estar neurologicamente íntegros quando a fratura permite uma descompressão espontânea (fratura dos pedículos que separam o arco posterior do corpo vertebral que sofre a translocação). Em doentes com descompressão espontânea, como o descrito, o objetivo cirúrgico não é apenas de fixação, mas de preservação neurológica e correção de deformidade. Conseguídos estes três objetivos estes doentes podem apresentar excelente prognóstico apesar da gravidade destas lesões.

Palavras-chave: Fratura toracolombar, Trauma vertebral, artrodese, corporectomia

EP-O3 - CORPORECTOMIA CERVICO-DORSAL A 4 NÍVEIS E RECONSTRUÇÃO 360º: UM CASO CLÍNICO.

Énia Sousa¹; Ricardo Pestana¹; Gil Bebião¹; Ana Isabel Caleia¹; Catarina Barreira¹; Cicero Silveira¹; Pedro Lima¹

1 - Hospital Central do Funchal

Introdução: A necessidade de corporectomia cervical e dorsal alta pode ocorrer como resultado de patologia degenerativa, traumática, infecciosa ou neoplásica. O sucesso do tratamento depende da adequada descompressão, reconstrução da coluna vertebral e por fim de uma adequada fusão. Corporectomias extensas nesta região, acarretam o risco de falência de instrumentação e dificuldades na adequada exposição da transição cervico-dorsal.

Objetivos: Apresentamos o caso clínico de um doente tratado com corporectomia cervico-torácica a 4 níveis por complicação infecciosa após corporectomia a um nível por lesão traumática.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino com 58 anos que foi vítima de queda de 5 metros. À entrada no serviço de urgência estava em *Glasgow Coma Scale* de 14 e com uma lesão medular incompleta ASIA D com nível por C7. A tomografia computadorizada e ressonância magnética da coluna cervical mostravam fratura de C6 tipo B2 (AO Spine), fratura de C7 tipo A4 (AO Spine), rutura do disco vertebral C6-C7 que condicionava estenose a este nível e lesão medular. O doente foi submetido a intervenção cirúrgica com corporectomia de C7, fusão com enxerto autólogo do osso ílaco e placa anterior C6-D1. Teve boa evolução, com melhoria dos défices neurológicos, até ao 8º dia pós-operatório quando apresentou sinais de infeção da ferida cirúrgica. Realizou estudo imagiológico que mostrou pequeno empiema epidural, sinais de espondilodiscite em C5-C6 e falência parcial do material de artrodese prévio. Realizou antibioterapia dirigida 4 semanas, posteriormente realizou controlo imagiológico que mostrava osteomielite dos corpos vertebrais C5, C6 e D1, bem como agravamento dos sinais de falência da artrodese. Foi submetido a cirurgia de revisão com remoção do material de cirurgia prévia, extensão de corporectomias a C5, C6 e D1. Foi realizada fusão com cilindro de malha de titânio, preenchido com indutor ósseo e placa anterior C4 a D2. Em segundo tempo cirúrgico foi realizada uma fixação posterior de C3 a D3. O doente manteve antibioterapia por mais 4 semanas. Após 16 meses de seguimento em consulta externa o doente apresentava-se sem queixas cervicais e com sinais de fusão da instrumentação cervical.

Discussão e Conclusões: A corporectomia cervico-dorsal a 4 níveis pode ser uma opção de tratamento, segura e eficaz, em doentes com processos patológicos extensos desta charneira, obtendo-se bons resultados a nível de descompressão, fusão e correção de deformidade. A associação de fixação posterior confere maior estabilidade à construção.

Palavras-chave: Corporectomia Cervical, Traumatismo Cervical, Artrodese 360, Complicações cirúrgicas

EP-O4 - DISH - UMA CAUSA INCOMUM DE DISFAGIA - A PROPÓSITO DE UM RARO CASO CLÍNICO

Nuno Vieira Da Silva¹; Ana Esteves¹; Marta Cerqueira¹; Susana Neto¹; Claudia Gonçalves¹; Pedro Perdigao¹; Marcos Silva¹; Jose Miradouro¹

1 - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: A hiperostose esquelética idiopática difusa (DISH), ou doença de Forestier, é uma doença sistémica da coluna vertebral caracterizada pela ossificação e formação de osteófitos em pelo menos três espaços discais, com relativa preservação da altura discal nos segmentos vertebrais envolvidos. A etiologia permanece incerta, sendo mais frequente no sexo masculino e em idade avançada, apresentando prevalência de 42% em doentes acima de 65 anos. Afetando predominantemente a coluna torácica, a disfagia e a disfonia são apresentações raras.

Caso Clínico: Homem, 84 anos, com queixas de disfagia progressiva, sensação de corpo estranho e perda ponderal importante. Sem alterações relevantes ao exame físico. O estudo imagiológico TAC e RMN demonstrou um osteófito anterior C4-C5 comprometendo a parede posterior da hipofaringe. O estudo radiográfico dinâmico demonstrou ausência de sinais de instabilidade. A endoscopia flexível revelou hipofaringe deformada e estenosada sem lesões mucosas, sugestivo de compressão extrínseca. Os testes laboratoriais, incluindo HLA-B27, foram normais.

Após abordagem multidisciplinar e excluídas outras causas de disfagia, segundo os critérios de Resnick e Niwayama, foi estabelecido o diagnóstico de DISH cervical com disfagia por compressão extrínseca.

Resultados: Foi realizada intervenção cirúrgica com ressecção anterior do osteófito cervical pela abordagem de Smith-Robinson, sem adição de fusão intersomática ou instrumentação. O paciente apresentou melhoria significativa dos sintomas após adequada reabilitação da voz e deglutição, sem intercorrências durante o follow-up.

Conclusão: DISH, apesar de representar uma etiologia muito rara de disfagia, apenas 1% dos casos, deve ser sempre equacionada na abordagem multifatorial. Alguns autores realçam a sua importância considerando que pode ser subdiagnosticada na população idosa.

TAC cervical é considerado o exame gold-standard no diagnóstico dado permitir a localização anatómica da compressão, devendo ser complementado com um estudo dinâmico da deglutição para determinar o correspondente grau de compressão esofágica.

O tratamento cirúrgico está reservado para casos graves com disfagia progressiva e perda ponderal que não respondem ao tratamento conservador.

Importa diferenciar os osteófitos hiperostóticos dos osteoartríticos de forma a adequar a melhor técnica cirúrgica. A exérese isolada de osteófitos poderá ser suficiente no tratamento cirúrgico de DISH, enquanto que a estabilização adicional com instrumentação ou artrodese é obrigatória no caso da exérese de osteófitos osteoartríticos.

Apesar deste procedimento poder estar associado a potenciais complicações dada a idade avançada, comorbidades associadas e diminuição do espaço de trabalho, a sua realização é francamente benéfica para os doentes uma vez que altera de sobremaneira a sua qualidade de vida.

Palavras-chave: diafagia, DISH, Osteofito, Forestier

EP-05 - HEMANGIOMA VERTEBRAL COM COMPRESSÃO MEDULAR RECORRENTE: CASE REPORT

João Fernandes Silva¹; Elsa Castro Silva¹; Alfredo Calheiros¹

1 - Serviço de Neurocirurgia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução: Os hemangiomas vertebrais são neoplasias comuns da coluna vertebral, sendo geralmente assintomáticos. Raramente, os hemangiomas podem estender-se ao espaço epidural e causar compressão radicular ou medular, classificando-se nestes casos como agressivos. Apesar do reconhecimento dos hemangiomas agressivos como entidade clínica, a estratégia de tratamento ideal permanece controversa, estando disponíveis opções terapêuticas como a descompressão cirúrgica, vertebroplastia, embolização endovascular e radioterapia.

Material e métodos: Os autores descrevem um caso clínico raro de um doente com hemangioma dorsal a causar mielopatia por compressão medular com recorrência de sintomas após tratamento.

Resultados: Um homem de 33 anos apresenta-se com um quadro com 3 meses de evolução de dor dorsal persistente, paraparésia espástica e hipostesia algica. Da investigação, salienta-se RM cervico-dorsal com lesão captante de contraste no corpo vertebral de D9 e com extensão intracanalicular epidural, condicionando compressão medular. Imagiologicamente, colocou-se a hipótese de hemangioma vertebral.

O doente foi submetido descompressão cirúrgica por laminectomia, com exérese parcial da lesão identificada, cujo exame anatomopatológico revelou tratar-se de hemangioma cavernoso. Após ligeira melhoria parcial sintomas neurológicos inicialmente, verificou-se agravamento das queixas algicas e do défice neurológico dois meses mais tarde. O doente foi então submetido a nova descompressão cirúrgica e exérese de resíduo lesional intracanalicular, com vertebroplastia D9 e fixação vertebral por via posterior. Verificou-se melhoria neurológica significativa no período pós-operatório.

Vinte e dois meses mais tarde, o doente exibe agravamento neurológico, com evidência de recorrência de hemangioma vertebral em D9, condicionando compressão medular circunferencial.

Foi então submetido a embolização endovascular, seguida de nova cirurgia de descompressão com exérese lesional que implicou cavitação do corpo de D9 com colocação de cilindro expansível e preenchimento com cimento. No período pós-operatório, o doente apresentou franca melhoria neurológica com recuperação da capacidade de marcha autónoma. Será orientado para realização de radioterapia adjuvante.

Conclusão: Os hemangiomas vertebrais agressivos podem causar sintomas neurológicos com impacto funcional relevante e são entidades com potencial de recorrência, sendo que os doentes frequentemente beneficiam de planos de tratamento multimodal.

Palavras-chave: Hemangioma, Compressão medular, Embolização, Cirurgia

EP-O6 - THORACIC ANEURYSMAL BONE CYST MANAGED WITH ARTERIAL EMBOLIZATION: A CASE REPORT

Diogo Rodrigues^{1,2}; Ana Lucinda Correia^{1,2}; Filipa Adan E Silva^{1,2}; João Abel Xavier^{1,3}; Pedro Cardoso^{1,2}; Ricardo Rodrigues-Pinto^{1,2,4}

1 - Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 2 - Serviço de Ortopedia; 3 - Serviço de Neurorradiologia; 4 - Unidade Vertebro-Medular (UVM)

Introduction: Aneurysmal bone cysts (ABCs) are uncommon, benign, fluid-filled lesions, most often encountered in children and adolescents. These cysts primarily manifest in long bones but can also affect the spine, occasionally leading to neurological complications. Treatment strategies for spinal ABCs vary, and their effectiveness remains a topic of debate.

Case Description: We present the case of a 16-year-old boy with a spinal ABC in the right lateral aspect of vertebral bodies T1 and T2, accompanied by spinal cord compression. He had pain, and lower limb weakness, and gait imbalance (ASIA D). The patient underwent selective arterial embolization (SAE) twice over a six-week period. Post-embolization, he experienced significant improvement, with no back pain, restored motor strength, and the ability to walk unassisted. Subsequent imaging showed a reduction in cystic components and no evidence of neural structure involvement. At one-year follow-up, the patient remained asymptomatic, engaging in sports activities.

Conclusions: This case demonstrates the successful use of SAE as a safe and effective treatment option for spinal ABCs. SAE offers several advantages over surgical resection, including minimal invasiveness, reduced risk of complications, and potential complete resolution of the cyst. While surgical excision remains a common approach, it may necessitate spinal instrumentation and fusion, carrying a higher risk of complications. The findings in this case support existing literature suggesting that SAE can be considered the primary treatment choice for non-extensive spinal ABCs, particularly when there is no significant risk of nerve damage or pathological fracture. This approach may obviate the need for additional radiation or surgical interventions. Further studies and long-term follow-up are warranted to establish the efficacy and safety of SAE as a definitive treatment option for spinal ABCs.

Palavras-chave: Aneurysmal Bone Cyst, Therapeutic Embolization, Neurologic Deficits, Thoracic Spine

EP-07 - TRAUMA PENETRANTE DA COLUNA VERTEBRAL POR ARMA DE FOGO: UM CASO RARO E REVISÃO DA LITERATURA

Inês Ramadas Sousa¹; Gonçalo Lavareda²; Carlos Calado¹; Naod Berhanu²; Lino Vieira Da Fonseca²

1 - Centro Hospitalar Lisboa Central - Departamento de Neurocirurgia; 2 - Centro Hospitalar Lisboa Central - Centro de Responsabilidade Integrado da Coluna

Introdução: O trauma penetrante por arma de fogo da coluna vertebral é um evento raro, particularmente em Portugal.

Além da lesão provocada pelo próprio corpo estranho, ao mecanismo de lesão também se associa o efeito térmico do projétil.

A indicação para tratamento cirúrgico *versus* tratamento conservador permanece controversa.

Materiais/Métodos: Este trabalho descreve um caso de trauma penetrante por arma de fogo da coluna lombar tratado cirurgicamente no nosso Centro.

Resultados: Um doente do sexo masculino, com 24 anos de idade, vítima de trauma penetrante da coluna vertebral lombar, causado por arma de fogo resultando em lesão da cauda equina.

À admissão com défice motor incompleto (ASIA B) com nível sensitivo em L4 e motor em L2.

A tomografia computadorizada da coluna lombar demonstrou fratura da lâmina de L3 esquerda, com trajetória ao longo do canal vertebral e retenção do projétil na vertente póstero-lateral direita do corpo vertebral de L3, com protusão no canal raquidiano.

O doente foi submetido a espinolaminectomia de L3 com recuperação do projétil. A exploração do canal raquidiano evidenciou rotura extensa do saco dural sem viabilidade para duroplastia primária, optando-se por duroplastia secundária com substituto sintético dural e *Duraseal*TM.

No pós-operatório com discreta melhoria do défice motor, particularmente a nível proximal, mantendo plegia na dorsiflexão, extensão do halux e flexão plantar, bem como incontinência de esfíncteres. Sem evidência clínica ou imagiológica de fístula de LCR.

Conclusão: O trauma penetrante por arma de fogo é uma ocorrência clínica rara. A indicação para tratamento cirúrgico permanece controversa. No caso clínico apresentado, perante défice motor incompleto, a intervenção cirúrgica foi realizada para remoção do corpo estranho, prevenindo a migração do mesmo e redução do risco de infeção, bem como duroplastia secundária para prevenção de fístula de LCR, obtendo-se resultados favoráveis.

Palavras-chave: Trauma penetrante da coluna vertebral, Cauda Equina, Projétil, Lombar

EP-08 - EFEITO DA CORTICOTERAPIA NA RECUPERAÇÃO NEUROLÓGICA EM DOENTES OPERADOS APÓS TRAUMA VERTEBROMEDULAR

José Machado¹; Daniel Sousa²; Nuno Silva³; António Sousa²; João Duarte Silva²; Daniela Linhares²

1 - Hospital Pedro-Hispano; 2 - Centro Hospitalar Universitário São João; 3 - Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução: O trauma vertebromedular tem um impacto social inegável e a recuperação neurológica é o foco principal do tratamento. O objetivo deste estudo retrospectivo é analisar a influencia da corticoterapia na recuperação neurológica após cirurgia em traumatizados vertebromedulares.

Material e métodos: Foram selecionados todos os doentes com défices neurológicos após trauma vertebromedular, operados num hospital de nível III, entre 2008 e 2021. Seguintes inferiores a 12 meses, doentes em que não foi possível determinar os défices previamente à cirurgia ou ao longo do seguimento, com défices devido a trauma cranioencefálico, fraturas patológicas ou espondilodiscite foram excluídos. Foram colhidos dados demográficos, escala ASIA (American Spinal Injury Association) pré, pós-operatória aos 6 e 12 meses e administração do protocolo de corticoterapia.

Resultados: 93 doentes (71 homens) foram analisados, com idade média de 45 anos. As causas mais frequentes de lesão foram queda em altura (61.3%) e acidente de viação (carro - 16.1% e mota - 11.8%). 28 doentes realizaram o protocolo de corticoterapia. Relativamente à recuperação neurológica, não se verificou significância estatística do protocolo de corticoterapia, sexo, idade, hábitos tabágicos, região da coluna afetada, diabetes mellitus, hipertensão arterial e terapia anticoagulante ou antiagregante independentemente da escala ASIA previamente à cirurgia. O mesmo manteve-se após aplicação de um modelo multivariável. Nenhum fator estudado influenciou significativamente o risco de infeção cirúrgica ou respiratória. 28,6% dos doentes submetidos a protocolo de corticoterapia tiveram infeção respiratória versus 12,8% dos não submetidos ($p=0,057$).

Conclusão: A aplicação do protocolo de corticoterapia não se traduziu numa maior recuperação neurológica nos doentes com trauma vertebromedular submetidos a cirurgia. Não houve diferença estatisticamente significativa na taxa de infeção cirúrgica e respiratória apesar duma maior taxa de infeção respiratória nos doentes em que foi aplicado o protocolo.

Palavras-chave: Trauma vertebromedular, Corticoterapia, Défices neurológicos, Infeção

EP-O9 - O PAPEL DA ENDOSCOPIA EM DOENTE COM INSTRUMENTAÇÃO DA COLUNA

Rute Pereira¹; Joana Rodrigues¹; João Cruz¹; Tiago Canas¹; Claudio Garcia¹; Virgílio Paz Ferreira¹; Ricardo Simões¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo

Introdução: As fracturas vertebrais tratadas cirurgicamente não estão isentas de complicações associadas ao material de osteossíntese e da necessidade de reintervenção.

Apresenta-se caso de fractura de parafusos transpediculares para tratamento de uma fractura lombar, com necessidade de reintervenção, por endoscopia.

Materiais e métodos: Homem, 62 anos, sem história de patologia da coluna, sofreu acidente de viação e teve uma fractura L4 tipo A3, TLICS 4, ASIA E. Foi submetido a fixação L3-L5, sem intercorrências no pós-operatório. Um ano após a cirurgia, após esforço em hiperflexão da coluna lombar, iniciou queixas de lombociatalgia à direita, dermatomo L4 e L5, (dor 7/10, Índice de Oswestry 58, incapacidade intensa), sem dor axial importante, associada a hipostesia no mesmo território. Sem défice de força muscular ou queixas vesicoesfincterianas. As radiografias mostraram fractura bilateral dos parafusos de L5. A TC lombar revelou que os parafusos de L5 fracturados respeitavam os limites dos pedículos e apresentavam estenoses foraminais degenerativas, associadas a conflito das raízes de L4 e L5 direitas. Ao invés de extração de material, o doente foi proposto para foraminoplastia e discectomia L4-L5 por endoscopia transforaminal, com a manutenção dos implantes.

Resultados: O doente foi submetido a foraminoplastia e discectomia L4-L5 por endoscopia transforaminal 4 anos depois do início da lombociatalgia, com resolução imediata no pós-operatório das queixas álgicas (0/10). Manteve hipostesia. Funcionalmente, Índice de Oswestry 0%, encontrando-se sem qualquer limitação relacionada com a dor. No follow-up a 1 ano, mantém a ausência de queixas.

Conclusões: Com o presente caso clínico, pretende-se salientar o papel da clínica e da importância da suspeição diagnóstica, sobretudo quando na presença de factores confundidores. Apesar da lesão traumática e intervenção prévia com fractura de material de osteossíntese, a sede das queixas do doente relacionava-se com alterações degenerativas, sem manifestação clínica prévia. Assim, a abordagem proposta e a manutenção do material da cirurgia prévia, permitiram de forma minimamente invasiva, controlar as queixas álgicas e evitar uma abordagem mais invasiva.

Palavras-chave: Endoscopia, Lombociatalgia, Fractura, Instrumentação e falência de OTS

EP-10 - ANEURYSMAL BONE CYST - A RARE CAUSE OF LOW-BACK PAIN IN THE ADULT

João De Carvalho Pereira¹; Joana Azevedo¹; Ana Vilela¹; Carlos Silva¹; Elso Pereira¹; Pedro Varanda¹; Paulo Coutinho¹

1 - Hospital de Braga

Introduction: Aneurysmal Bone Cysts (ABC) are benign neoplasms which most often present themselves in the pediatric setting in long bones. These are rare lesions that cause local pain and swelling due to the local mass effect. Radiologically they often present as eccentric lytic, expansive lesions. Spinal ABCs are rare (<15%) and often present with radicular symptoms.

Case description: We present the case of a 29 year old female who was referred to our outpatient clinic due to a month-long history of lower back pain. Physical exam was uneventful, without radicular symptoms or spine pathology red-flags. CT and MRI exams demonstrated a soft tissue septated lesion, with associated fluid levels in the L5 lamina measuring 18.6mm in the axial plain, strong indications of a spinal ABC.

Results: Surgical treatment was decided and consisted of en bloc resection. Macroscopic and histological findings were characteristic of ABC. The patient made a complete clinical recovery without recurring pain. No radiological signs of recurrence were found at 1 year of follow-up.

Discussion: A multidisciplinary approach was required in order to diagnose and treat this pathology. Other treatment options such as radiotherapy adjuvancy can be considered, although en-bloc resection is sufficient in most cases. Local recurrence does occur in this pathology, especially in the pediatric population.

Conclusion

ABC are rare benign lesions of the spine, specially within the adult population. This case illustrates spinal ABC as a rare cause of lower back-pain in the adult.

Palavras-chave: Aneurismal Bone Cyst, Back Pain, Spine Tumor, Spine Surgery

EP-11 - TETRAPARÉSIA COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE ARTRITE REUMATÓIDE: CASO CLÍNICO E REVISÃO DO PAPEL DA CIRURGIA

Ana Luísa Nascimento¹; Miguel Brito¹; Pedro Teles¹; Lia Pappamikail¹; Joaquim Pedro Correia¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve- Hospital de Faro

Introdução: A artrite reumatóide (AR) é uma doença auto-imune que inicialmente atinge as articulações sinoviais periféricas. O envolvimento cervical, ainda que mais raro atualmente dado o surgimento dos fármacos modificadores de doença reumática (DMARDs) e agentes biológicos, pode acontecer em fases tardias. Traduz-se imagiologicamente em subluxação atlanto-axial, impressão basilar e/ou subluxação subaxial, com potencial clínica de cefaleia de difícil controlo e défices neurológicos. Dada a elevada morbimortalidade associada, deve realizar-se um diagnóstico precoce e entender-se a evolução da doença, bem como as suas indicações cirúrgicas.

Material e métodos: Relatamos o caso de uma doente com tetraparésia como apresentação inicial da doença e posteriormente elaboramos uma revisão teórica sobre o envolvimento cervical da AR e das abordagens cirúrgicas atuais.

Resultados: O caso diz respeito a uma mulher de 77 anos que deu entrada na urgência por cefaleia refratária à analgesia. Ao exame neurológico, observou-se um quadro de tetraparésia grau 2 (classificação de Ranawat IIIB), que segundo a doente se vinha a instalar nos últimos 4 meses, apesar de a mesma não o valorizar. Realizou-se uma RM-cervical que revelou um pannus inflamatório C1-C2 complicado com fratura odontoideia secundária com retroversão odontoideia, subluxação posterior de C1 e compressão circunferencial tecal, sem compressão medular. Foi diagnosticada com AR sero-positiva mutilante com envolvimento cervical grave. A doente recusou a proposta cirúrgica, acabando por falecer na sequência de provável choque hipovolémico iatrogénico.

Conclusão: Com este caso trazemos um exemplo de AR que se destacou atipicamente sob a forma de défice motor, alertando para a panóplia de sintomas que esta doença sistémica pode apresentar. Perante o cenário de envolvimento cervical na AR, o neurocirurgião deve conhecer quando optar pelo tratamento cirúrgico (mais frequentemente, uma fusão de C1-C2) ou conservador, lembrando que muitas vezes os outcomes pós-operatórios podem ser negativamente influenciados pela toma de corticoterapia, DMARDs e agentes biológicos.

Palavras-chave: Artrite Reumatóide, Cervical, Tetraparésia, Neurocirurgia

EP-12 - SÍNDROME DA MEDULA ANCORADA EM ADOLESCENTE: LIÇÕES DE UM CASO CLÍNICO E UMA REVISÃO TEÓRICA

Ana Luísa Nascimento¹; Miguel Brito¹; Pedro Teles¹; Joaquim Pedro Correia¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve- Hospital de Faro

Introdução: A síndrome da medula ancorada decorre de uma fixação anómala caudal da medula espinhal, que restringe o desenvolvimento vertical da mesma, permanecendo então o cone medular em posição anormalmente baixa. Surge mais frequentemente em idade pediátrica, podendo ter uma etiologia congénita (mais frequentemente associada a mielomeningocele) ou adquirida. Tem inúmeras manifestações sistémicas, desde neurológicas, urológicas, musculoesqueléticas, dermatológicas a ortopédicas.

Material e métodos: A propósito de um caso clínico de medula ancorada, realizámos uma revisão teórica da fisiopatologia, apresentação clínica, achados imagiológicos, tratamento cirúrgico e prognóstico pós-operatório.

Resultados: Uma adolescente de 14 anos, com antecedentes pessoais de mielomeningocele lombossagrado operado às 48h de vida e hidrocefalia derivada, malformação de Arnold-Chiari tipo II e pés equino-varus. Nos últimos anos, com queixas de dor lombossagrada e nos membros inferiores, bexiga neurogénica com múltiplas infeções urinárias e incontinência fecal. Foi referenciada à consulta de neurocirurgia após realização de RM do neuroeixo que demonstrou uma medula ancorada com quisto de inclusão em L4-L5 e S1-S2. Foi submetida a libertação cirúrgica da medula ancorada sob neuromonitorização, com outcomes favoráveis.

Conclusão: A abordagem desta doença é multidisciplinar, contudo o tratamento de primeira linha é neurocirúrgico. Assim, e sabendo-se que quanto mais precoce a cirurgia melhores são os outcomes (ao nível da força muscular, espasticidade, dor, disfunção vesical), torna-se crucial conhecer a miríade de sinais e sintomas pelas quais esta síndrome se pode apresentar, bem como reconhecer os seus achados na RM de neuroeixo.

Palavras-chave: Síndrome da medula ancorada, Libertação, Neurocirurgia pediátrica, mielomeningocele

EP-13 - INSTABILIDADE ATLANTOAXIAL TRAUMÁTICA EM IDADE PEDIÁTRICA

João Lixa¹; Paula Vieira¹; Ana Esteves¹; Miguel Silva¹; Vitorino Veludo¹; André Pinho¹

1 - Centro Hospitalar Universitário de são João

Introdução: Descrição de um caso de uma fratura luxação cervical em idade inferior a 2 anos e revisão da literatura.

Material e métodos: Criança de 19 meses vítima de acidente de viação com capotamento. Apresentava posição preferencial com rotação da cabeça para a esquerda. Sem mobilização ativa do hemicorpo direito. Os exames revelaram uma fratura-luxação atlantoaxial com fratura da plataforma vertebral inferior de C2 e aumento da distância intersomática entre C2-C3 e inversão cifótica da cervical. O cordão medular à direita apresentava ténue hipersinal em T2, sem focos hemorrágicos contusionais associados. Foi tratada conservadoramente com imobilização cervical rígida. Não apresentava outras lesões associadas.

Resultados: Apresentou melhoria progressiva dos défices motores inicialmente ao nível do membro inferior direito e posteriormente do membro superior direito. Realizou tratamento fisiátrico e a 1 ano de follow-up apresenta capacidade de apoio plantígrado bilateral, mobilidade dos membros preservada com ligeira diminuição de força do membro superior direito. Radiologicamente as fraturas encontram-se consolidadas.

Conclusão: As particularidades fisiopatológicas da criança (maior peso proporcional da cabeça, maior laxidez ligamentar, ossificação incompleta) predispõe-nas a maior risco de lesões cervicais, sendo a coluna cervical o segmento mais frequentemente atingido, com 10-40% dos casos com lesão em C1 e C2. A subluxação rotatória atlantoaxial é um espectro de lesões que vai da subluxação à luxação fixa de facetas e tem causa traumática em cerca de 24% dos casos. Classifica-se de acordo com a classificação de Fielding relativamente à integridade do ligamento transversal e à direção e lateralidade da translação (no caso apresentado Fielding tipo III). O tratamento varia consoante a instabilidade e a redução da lesão. As lesões cervicais em idade pediátrica são entidades pouco frequentes e estão associadas a um elevado risco de morbimortalidade. O seu diagnóstico precoce é de extrema importância para o prognóstico do doente.

Palavras-chave: Instabilidade atlantoaxial, Trauma Cervical, Trauma Pediátrico, Fratura-luxação cervical

EP-14 - FRACTURA OSTEOPORÓTICA COMPRESSIVA LOMBAR COM RADICULOPATIA DE NOVO

Rute Santos Pereira¹; Joana Rodrigues¹; João Cruz¹; Tiago Canas¹; João Borges¹; Ricardo Simões¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Introdução: As fracturas osteoporóticas são frequentes e, clinicamente associam-se a dor axial. Por vezes estas queixas acompanham-se de radiculopatia e esta é tão mais frequente quanto mais baixo o nível da fractura.

Com o presente caso clínico, pretende-se apresentar um caso de fractura osteoporótica associada a radiculopatia a nível L1, abordado e tratado com vertebroplastia.

Material e métodos: Senhora de 66 anos, com história de artrite reumatoide de longa data, com poliartrite e PTJ bilateralmente, em tratamento com corticoterapia e osteoporose conhecida, após alternância de decúbito no leito, apresentou instalação súbita de dor axial intensa com irradiação pela região inguinal direita. Sem défices de força muscular ou parestesias. Após avaliação clínica e estudo imagiológico, admitiu-se fractura osteoporótica de L1, associada a dor axial intensa (10/10 na escala numérica da dor) e radiculopatia (10/10) correspondente ao trajecto do nervo genito-femoral à direita, por estenose foraminal L1-L2 (compressão raiz L1). A RM da anca excluiu coxartrose.

Foi realizada, sob anestesia local e sedação, vertebroplastia percutânea bipedicular com cerca de 4.5-5mL de cimento. A intervenção decorreu sem intercorrências.

Resultados: No pós operatório imediato, verificou-se remissão completa das queixas algicas radiculares (0/10) e melhoria importante da dor axial (2/10), que a doente manteve durante o período de seguimento em consulta – follow up de 4 meses.

Conclusão: Apesar da radiculopatia ser considerada uma contra indicação relativa para a realização de vertebroplastia, poderá ser uma opção em casos seleccionados, nomeadamente atendendo ao padrão de fractura – fracturas tipo inferior, considerando-se, portanto, pertinente a classificação das fracturas osteoporóticas em tipo superior, médio e inferior como proposto em 2014 por Do Eon Kim. Admite-se que o alívio da dor nestes casos se possa relacionar com o aumento da estabilidade com a cimentação associada à diminuição da estenose foraminal.

Palavras-chave: Osteoporose, Radiculopatia, Lombar, Fractura

EP-15 - UMA METÁSTASE PECULIAR

Carlos Ribeiro¹; Tiago Lima¹; Tânia Soares¹

1 - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: Dentro do grupo de tumores da coluna e cordão medular, os tumores com origem nos corpos vertebrais e tecidos epidurais são os mais frequentes, correspondendo a 55% de todos os tumores da coluna. Destes últimos, as metástases são a categoria que ocupa o primeiro lugar, sendo, na sua maioria, osteolíticas.

A metastização espinhal é frequente na história natural de muitas neoplasias e este diagnóstico deve ser equacionado principalmente perante tumores primários do pulmão, mama, próstata, rim, gastrointestinal, pele ou tiróide.

Material e métodos: Apresentamos o caso clínico de uma metástase óssea cervical de um tumor folicular da tiróide que surgiu na região de artrodese cervical antiga, 5 anos após a realização de tireoidectomia total.

Resultados: Homem de 71 anos, com antecedentes pessoais de relevo de ACDF C5C6 em 1999 por patologia degenerativa da coluna cervical e tireoidectomia total por volumoso adenoma folicular da tiróide em 2013.

Em dezembro de 2018 recorreu ao SU por quadro com 3 meses de evolução de cervicobraquialgia esquerda, ao qual se somou, em novembro de 2018, diminuição da força no membro superior esquerdo e dificuldade na marcha.

Ao exame objetivo no SU, o doente apresentava dor à mobilização cervical, hipostesia no dermatomo de C6 à esquerda e tetraparesia grau 4.

No seguimento do quadro, realizou estudo imagiológico da coluna cervical que revelou lesão lítica nos corpos vertebrais de C5 e C6 com extensão intracanal, reduzindo o diâmetro do canal e condicionando falência da ACDF.

Foi submetido a corpectomia cervical de C5 e C6, artrodese com cage MESH e placa anterior de C4 a C7, e fixação posterior às massas laterais de C4, C5, C6 e C7.

O resultado histológico definitivo revelou metástase de carcinoma folicular da tiróide.

A TC-TAP, efetuada posteriormente, não revelou outras lesões metastáticas e o doente realizou tratamento dirigido ao cancro primário.

Conclusão: Damos a conhecer este caso clínico pelas suas características ímpares.

Em primeiro lugar, o adenoma folicular da tiróide tem habitualmente um comportamento benigno, sendo baixa a sua predisposição metastática, tanto ganglionar, como à distância. Por outro lado, trata-se de uma metástase que surgiu 5 anos após exérese completa do tumor primário, numa região óssea submetida a fusão cirúrgica 2 décadas atrás.

Palavras-chave: metástase, coluna, ACDF, tiróide

EP-16 - TRAUMATISMO VERTEBRO-MEDULAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mariana Sousa¹; Daniel Sousa¹; Maria Clara Correia¹; João Duarte Silva¹; Luís Pedro Vieira¹; António Sousa¹

1 - Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: O traumatismo vertebro-medular (TVM) é uma lesão neurológica comum mundialmente que pode resultar em incapacidade grave. A estabilização precoce da via aérea e a imobilização da coluna cervical e toracolombar são cruciais para prevenir lesões adicionais e otimizar os resultados. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética ajudam a determinar a extensão da lesão óssea e ligamentar. A redução, descompressão e estabilização são os 3 principais objetivos do tratamento ortopédico destas lesões, sendo que o tempo decorrido entre lesão e intervenção cirúrgica é crítico para o prognóstico final. Os autores apresentam um caso de uma jovem que sofreu um TVM e foi submetida a intervenção cirúrgica precoce.

Caso clínico: Mulher, 34 anos, vítima de TVM com fratura tipo burst incompleto (A3 AO Spine) de C7 associada a retropulsão do muro posterior após salto para piscina. À entrada no serviço de urgência encontrava-se com ECG 15 e score ASIA B com nível neurológico de C7. Foi imediatamente intervencionada no bloco de urgência tendo sido realizada corporectomia de C7, artrodese intersomática com enxerto tricortical íliaco e fixação com placa cervical anterior. O procedimento decorreu sem intercorrências. Iniciou no pós operatório protocolo de MFR tendo evoluído para um quadro neuromotor de tetraplegia ASIA C, mantendo o nível neurológico de C7. Tratava-se de uma doente natural e residente em França motivo pelo qual teve alta da nossa unidade hospitalar 15 dias após a intervenção cirúrgica, não sendo possível avaliar o status final após reabilitação intensiva.

Discussão: É importante reconhecer os padrões de recuperação neurológica após um TVM pois influenciam as decisões do tratamento inicial, prognóstico, metas funcionais e programas de reabilitação individualizados. O edema e/ou hemorragia pós-lesão podem aumentar nas primeiras 24-72h, influenciando a avaliação inicial realizada, pelo que os exames realizados entre 72 horas e uma semana após a lesão são os ideais para pesquisa e prognóstico.

A ferramenta mais utilizada para prever o outcome final é o score ASIA. A conversão de uma lesão completa é mais comum na tetraplegia do que na paraplegia, sendo que a maioria da recuperação/conversão ocorre nos primeiros 6-9 meses, e é maior quanto menos grave a classificação inicial.

Neste caso, a descompressão cirúrgica precoce (<8h), o trauma contuso e a idade jovem são fatores de bom prognóstico, mas a classificação neurológica aos 15 dias deixa-nos com perspetivas pouco animadoras.

Conclusão: O TVM é uma lesão devastadora e a descompressão cirúrgica precoce em até 8h é crucial para alcançar alguma recuperação neurológica.

Palavras-chave: traumatismo vertebro-medular, lesão espinal medula, descompressão, coluna

EP-17 - AUMENTO DA RADIOLUCÊNCIA DE PARAFUSO NA TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA APÓS FIXAÇÃO OCCIPITOCERVICAL POSTERIOR: QUAL O IMPACTO NO OUTCOME? APRESENTAÇÃO E REVISÃO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Isabel Caleia¹; Cícero Silveira²; Gil Bebiano Andrade²

1 - Hospital Dr. Nélio Mendonça; 2 - Hospital Privado da Madeira

Introdução: A junção occipitocervical (JOC) é importante tanto na proteção bulbomedular, como na amplitude dos movimentos cervicais. A sua instabilidade, observada, por exemplo, em lesões ligamentares traumáticas da JOC, pode comprometer a transição bulbomedular - com implicações fatais. Perante uma fratura de C2, a estabilidade occipitocervical pode estar comprometida quando há lesão do ligamento longitudinal anterior, do disco ou das facetas articulares, podendo haver necessidade de estabilização cirúrgica.

Material e métodos: Este trabalho relata o caso de uma mulher de 68 anos politraumatizada com fraturas C1 tipo II A (Landell) e C2 tipo A F3 NOM2 (AO Spine), com ligamentos transversos e longitudinal anterior íntegros, submetida a fixação occipitocervical posterior por via aberta até ao nível C6. A doente tinha classificação Nurick O no pré-operatório, que se manteve no seguimento ao longo de 2 anos.

Resultados: Apesar de não se verificar disrupção do ligamentos transversos ou longitudinal anterior, a imagiologia da coluna cervical pré-operatória demonstrou uma anteriorização da apófise odontoide de C2 em relação ao seu corpo vertebral neste nível (fratura odontoide tipo III D'Alonzo), mas principalmente subluxação C1-2 à direita com hipersinal facetário multissegmentar e franca redução (colapso) da massa articular C2 direita, salientando a possibilidade de instabilidade da região occipitocervical e a necessidade de uma estabilização cirúrgica. A fixação cervical posterior estendeu-se até C6, dados os sinais indiretos de osteopenia e a ausência de qualidade óssea ao nível somático de C2; segundo a literatura disponível, uma estabilização mais longa não parece influenciar a biomecânica da coluna cervical, dada a parca contribuição da coluna cervical subaxial para os movimentos de rotação e flexão-extensão do pescoço. As TC da coluna cervical de seguimento aos 5 meses, 1 e 2 anos revelaram maior radiolucência em torno do parafuso de C6 à direita, no entanto com corretos alinhamento e fusão de C1 e C2 e sem sinais de franco pull-out de parafusos.

Conclusão: Perante uma fratura de C1 e C2 é importante ter em atenção a biomecânica da região occipitocervical, as características das fraturas e as comorbilidades do indivíduo, de modo a proceder a uma estabilização cirúrgica que permita uma correta fusão dos níveis somáticos atingidos.

Palavras-chave: occipitocervical, instabilidade, fixação, complicações

EP-18 - INSTABILIDADE ATLANTO-AXOIDEIA EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN: CASO CLÍNICO E REVISÃO DE NORMAS DE RASTREIO E TRATAMENTO

Catarina Massano¹; Joana Páscoa Pinheiro¹; João Pedro¹; Nuno Lança¹; António Tirado¹; Pedro Fernandes¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução: A instabilidade atlanto-axoideia (IAA) ocorre em 10 a 30% dos doentes com Síndrome de Down (SD), sendo que 1 a 2% dos casos são sintomáticos. Dada a raridade dos eventos de lesão medular neste contexto, o rastreio clássico em idade pediátrica tem sido questionado ao longo dos anos. A propósito de um caso clínico, os autores fazem uma revisão da literatura sobre o tema.

Caso clínico: Criança de quatro anos, com SD, internada com quadro de tetraparésia na sequência de trauma cervical minor. Apresentava uma luxação atlanto-axoideia associada à presença de Osso Odontoideu (OsO). A doente foi submetida a artrodese posterior C1-C2, pela técnica de Harms, suplementada com enxerto de osso ilíaco. Ao fim de 3 meses, a doente reverteu os défices neurológicos, encontrando-se clinicamente bem aos 4 anos de seguimento.

Discussão: Historicamente, as normas de rastreio de IAA em doentes com SD foram alvo de grande controvérsia. Dado o fraco valor preditivo da radiografia cervical simples para o desenvolvimento de mielopatia, o rastreio radiográfico em crianças assintomáticas com SD foi sendo questionado, mesmo em atletas. A tónica tem sido colocada na vigilância clínica e na procura de sinais subtis de mielopatia. No doente com alterações neurológicas ou assintomático com distância atlanto-odontoideia (DAO) superior a 10 mm, a fixação e artrodese encontra-se indicada. A presença do OsO, que por si só não constitui indicação cirúrgica, pode dificultar, contudo, o reposicionamento vertebral. Quando indicada, a fixação rígida com parafusos deverá ser a técnica de eleição.

Conclusão: As crianças com SD devem ser seguidas do ponto de vista neurológico, devendo os pais estar alerta para alterações sugestivas de compromisso medular. A radiografia em posição neutra está indicada na presença de sintomas e a cirurgia na presença de DAO>10mm ou sinais neurológicos.

Palavras-chave: Síndrome de Down, Instabilidade Atlanto-axoideia, Normas de rastreio, Técnica de Harms

EP-19 - TIMMING DE DESCOMPRESSÃO MEDULAR EM COMPRESSÕES EPIDURAS METASTÁTICAS - ANÁLISE RETROSPECTIVA DE UMA SÉRIE DE CASOS

Tiago Ribeiro Da Costa¹; Filipe Vaz Silva¹; Márcia Tizziani¹; Joaquim Reis¹; Alfredo Calheiros¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: Vários trabalhos apoiam a decisão de descompressão medular atempada (<24 horas) em patologia traumática do ráquis, com vista à interrupção da progressão de défices neurológicos. Apesar de existir alguma sobreposição de mecanismos fisiopatológicos com a compressão medular epidural de origem metastática, estas são duas entidades nosológicas distintas e, como tal, importa determinar o timing adequado de intervenção neste último grupo de doentes. Foram já publicados dados acerca dos resultados de intervenções ultra-precoces (<12 horas), intermédias (<16 horas) e precoces (<24 horas). Até ao momento não existem dados acerca da nossa realidade nacional relativamente ao impacto destas intervenções cirúrgicas.

Métodos: Realizamos uma análise retrospectiva de uma série de casos intervencionados no nosso centro hospitalar, entre os anos de 2018-2023, com patologia metastática do ráquis. Foram consultados os processos clínicos e colhidas informações relativamente aos dados demográficos e clínicos dos doentes, bem como determinados os tempos de intervenção e realizada uma correlação com os *outcomes* pós-operatórios, com vista a determinar o impacto neurológico dos procedimentos de descompressão epidural. Foram selecionados para análise apenas os doentes com apresentação de síndrome medular, com uma evolução inferior a 72 horas, submetidos a procedimentos cirúrgicos com o objetivo de obter descompressão intracanal. Foi estabelecida a mediana de tempo de intervenção em toda a série, usando esse *timing* como referência para comparação de *outcomes* neurológicos.

Resultados: De um total de 71 doentes, apenas 44 cumpriram os critérios de inclusão, sendo que, de entre as apresentações de síndrome medular aguda, apenas ~57% ($n = 25$) tinham uma evolução <72 horas. A mediana de tempo de intervenção desde o início de sinais e sintomas de compressão medular até intervenção cirúrgica foi de 35 horas, sendo que não se objetivou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de doentes intervencionados antes e após este *timing* ($p > 0,05$). Apenas 3 doentes foram intervencionados num período ultra-precoces (<12 horas) e 7 num período precoce (<24 horas)

Conclusão: O *timing* de intervenção neste grupo de doentes continua ainda ser insatisfatório, uma vez que, apesar de serem documentados casos de melhoria neurológica, não fomos ainda capazes de determinar um limiar claro de mais-valia de intervenção, tal como se encontra documentado na literatura científica. Dado tratar-se de um problema emergente no âmbito da patologia cirúrgica do ráquis, deverão ser equacionadas estratégias de futuro que permitam intervenções mais atempadas, com vista a obter melhorias clínicas significativas.

Palavras-chave: Síndrome medular, Metástases raquidianas, Compressão epidural metastática, Descompressão medular