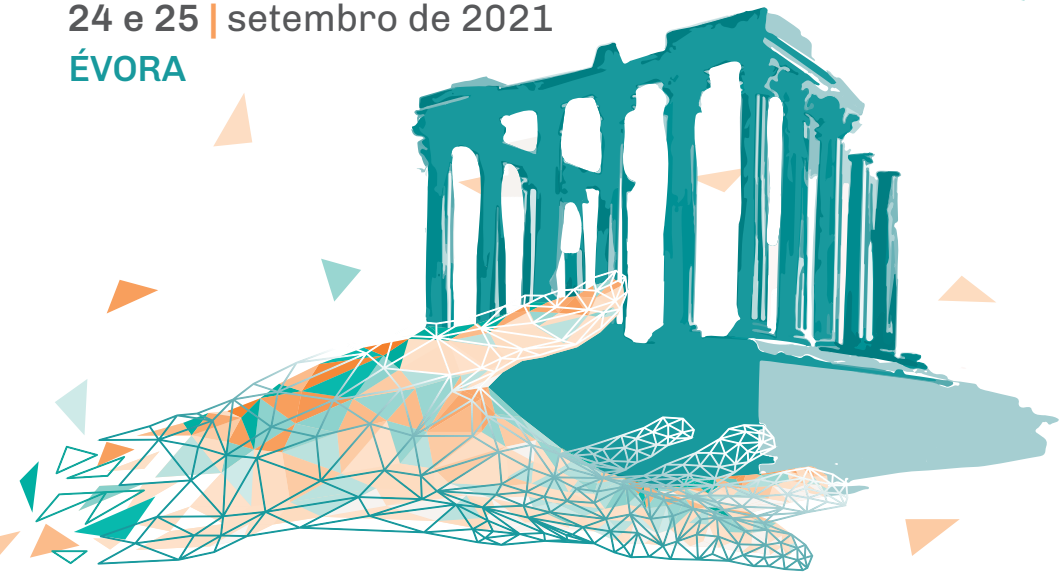
XXVI CONGRESSO PORTUGUÊS DE CIRURGIA DA MÃO

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA DA MÃO

V Congresso Luso-Espanhol de Cirurgia da Mão

SECMA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA DE MANO

Évora Hotel
24 e 25 | setembro de 2021
ÉVORA



Consulte a versão digital
do **programa com resumos**

Programa Científico

XXVI CONGRESSO PORTUGUÊS DE CIRURGIA DA MÃO

V Congresso Luso-Espanhol de Cirurgia da Mão

Programa Científico

Sexta-feira | 24 de setembro 2021

08:00h — Abertura Secretariado

08:30-09:30h — **Comunicações Livres 1 (CO 01 – CO 10)**
Moderadores: Maria Miguel *(Faro)* e Damião Vilhena-Ayres *(Faro)*

09:30-10:30h — ***Instructional Course* 1**
Fracturas da Mão
Moderadora: Silvia Silvério *(Parede)*

Fracturas do Primeiro Raio
Cláudia Santos *(Covilhã)*

Fracturas dos metacárpicos
Luís Rodrigues *(Viseu)*

Fracturas extra-articulares das falanges
Marcelo Alves *(Évora)*

Fracturas intra-articulares das falanges
Filipa Santos Silva *(Lisboa)*

Complicações das fracturas da mão
Carla Nunes *(Lisboa)*

10:30-11:00h — Intervalo para café

11:00-11:30h — ***Instructional Course* 2**
Avanços na Artroscopia do Punho
Moderador: J. Alexandre Marques *(Coimbra)*
Palestrante: Vicente Carratalá *(Valência)*

11:30-13:00h — **Mesa-Redonda 1**
Transferências Nervosas
Moderador: Pedro Negrão *(Porto)*
Palestrantes: Joaquín Casañas *(Barcelona)*, Francisco Martínez Martínez *(Murcia)* e Homid Fahandezh *(Madrid)*

13:00-14:30h	Almoço
14:30-15:00h	**Conferência 1** **Mão Congénita** Moderador: César Silva *(Porto)* Palestrante: Sergio Martínez-Alvarez *(Madrid)*
15:00-16:30h	**Mesa-Redonda 2** **Complicações da Rizartrose** Moderadores: Maria Manuel Mouzinho *(Lisboa)* e Adolfo Galán *(Pres. SECMA)* **Fracasso da artroplastia de suspensão e da artroplastia total** Vera Resende *(Santa Maria da Feira)* **Artrodese TM e complicações** Adolfo Galán *(Pres. SECMA)* **Papel da artroscopia** Pedro Delgado *(Madrid)* **Algoritmo de tratamento** Clarisa Simón Pérez *(Valladolid)* **Painel de casos clínicos complicados** Moderador: Edgar Rebelo *(Leiria)* Carlos Pina *(Leiria)* Vera Resende *(Santa Maria da Feira)*
16:30-17:00h	**Conferência 2** **Fracassos em Fraturas do Rádio** Moderador: Fernando Cruz *(Lisboa)* Palestrante: Carlos Irisarri Castro *(Vigo)*
17:00-17:30h	Intervalo para café
17:30-18:00h	**Conferência 3** **Linfedema** Moderador: Rui Leitão *(Amadora)* Palestrante: Gustavo Coelho *(Vila Nova de Gaia)*
18:00-19:00h	**Comunicações Livres 2 (CO 11 – CO 20)** Moderadores: Gustavo Coelho *(Vila Nova de Gaia)* e Pedro Matos *(Coimbra)*
19:00-20:00h	**Assembleia da SPOCMA**

Sábado | 25 de setembro 2021

08:30h — Abertura Secretariado

09:00-10:00h — **Comunicações Livres 3 (CO 21 – CO 30)**
Moderadores: Júlio André *(Almada)* e Liliana Silva *(Lisboa)*

10:00-11:00h — ***Instructional Course* 3**
Roturas Tendinosas
Moderador: David Rasteiro *(Lisboa)*

Anatomia e técnicas de sutura
Pedro Matos *(Coimbra)*

Roturas dos extensores
Pedro Branco *(Lisboa)*

Roturas dos flexores
Ana Pinto *(Vila Nova de Gaia)*

Reconstrução secundárias
Alexandre Pereira *(Porto)*

11:00-11:30h — Intervalo para café

11:30-13:00h — **Mesa-Redonda 3**
Perspectivas em trauma aberto da mão
Moderador: Horácio Zenha Costa *(Porto)*

Desafios em cirurgia reconstrutiva da mão
Ricardo Horta *(Porto)*

Reconstrução dos dedos
Diogo Casal *(Lisboa)*

Reconstrução do dorso da mão
Rita Meireles *(Coimbra)*

WALANT no serviço de Urgência
Luis Vieira *(Lisboa)*

Reimplantes e revascularizações
Horácio Zenha Costa *(Porto)*

13:00-13:15h — **Entrega de Prémios**

Programas de Fellowship SPOCMA
Prémio SPOCMA

13:30h — **Encerramento**

Resumos dos trabalhos | Comunicações Orais e Posters Digitais

Comunicações Orais

CO 01

TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DO RÁDIO DISTAL – RESSECÇÃO ALARGADA E ARTRODESE COM PLACA APÓS TRANSLOCAÇÃO DO CÚBITO IPSILATERAL – 3 CASOS CLÍNICOS

Diogo Sousa; Eva Campos Pereira; Sérgio Pita; João Vale; Alexandre Pereira; Pedro Cardoso
CHUP

Introdução: Os tumores de células gigantes (TCG) do osso são tumores ósseos benignos, relativamente raros, mas localmente agressivos. O rádio distal é o terceiro local mais frequentemente afetado por estes tumores (10%).

Métodos: Apresentam-se 3 casos de TCG do rádio distal estádio 3 de Campanacci.

Foi excluída a metastização, tratados com Denosumab e, posteriormente, submetidos à ressecção em bloco do rádio distal e artrodese do punho com placa dorsal após translocação do cúbito ipsilateral.

Resultados: Na avaliação 1 ano após a cirurgia o primeiro e segundo casos apresentavam-se sem dor, sem défices na pronossupinação ou mobilização ativa dos dedos e sem défices neurovasculares. O primeiro caso com scores funcionais de Quick-DASH (*Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*) 22,7 (*vs* 88,6 pré-operatório), MSTS (*MusculoSkeletal Tumour Society score*) 21 (*vs* 9 pré-operatório) e *mean hand grip* de 23.5 kg (*vs* 42.6 kg no contralateral); e o segundo caso com scores funcionais de Quick-DASH 27,3 (igual ao pré-operatório), MSTS 24 (*vs* 19 pré-operatório) e mean hand grip de 15 kg (*vs* 22.6 kg no contralateral).

O terceiro caso, na avaliação às 3 semanas após a cirurgia, apresentava-se imobilizado com tala gessada com queixas álgicas ligeiras (Escala Numérica da Dor 2), sem défices na mobilização dos dedos ou neurovasculares. Apresentava scores funcionais pré-operatórios de: Quick-DASH de 50 e MSTS de 15.

Discussão: Os TCG do rádio distal são os que mais metastizam, tornando mandatório a exclusão de metástases pulmonares.

O tratamento preconizado consiste na curetagem agressiva, fenolização do leito tumoral e preenchimento da cavidade com cimento ou enxerto (recidiva até 50%). Não obstante, quando as corticais e/ou a articulação estão comprometidas, torna-se inviável esta opção e a ressecção alargada tem que ser considerada.

O denosumab é um anticorpo monoclonal que inibe a formação e função dos osteoclastos, sendo útil como neoadjuvante a limitar o crescimento tumoral e a corticalizar o tumor – reduzindo a dor e tornando a cirurgia mais efetiva.

A reconstrução e artrodese com cúbito distal ipsilateral evita a morbilidade do local dador e tem taxa de consolidação sobreponível (*vs* peróneo vascularizado), permite uma boa cobertura muscular, evita as complicações da variância cubital e preserva a força de preensão de modo consistente.

A artroplastia custom-made seria outra opção, no entanto em jovens com elevada demanda funcional estão descritos maus resultados na literatura.

CO 02

NEUROPATIAS CUBITAIS NO COTOVELO APÓS TRAUMATISMOS DO PUNHO – REVISÃO DE 12 CASOS

J. C. Botelheiro[1]; Patrícia Gamelas[2]
[1]Cirurgia Ortopédica da Mão, Hospital Lusíadas Lisboa; [2]Interna de Ortopedia de Hospital Amadora-Sintra

Introdução: Nas últimas 33 neuropatias cubitais operadas, nos últimos 13 anos, a maioria delas em acidentes laborais, 11 surgiram após traumatismos do punho.

Material e métodos: Aos 11 casos atrás mencionados devemos acrescentar outro que não foi operado por recusa da companhia seguradora do acidente laboral em aceitar o nexo causal – 12 casos ao total. Desses 12 casos, 7 eram do sexo feminino e 6 do membro superior esquerdo. A idade média dos doentes era de 39 anos. O traumatismo inicial fora uma entorse do punho em 6 casos, um traumatismo direto do punho ou mão em 5 e uma fratura de Colles num caso. O diagnóstico foi feito antes dos 6 meses em 9 casos e depois em 3. O tratamento do acidente inicial foi geralmente conservador. Mas 3 casos foram operados – a fratura de Colles, uma luxação do tendão extensor na metacarpo-falângica e uma cirurgia artroscópica da cartilagem triangular. O diagnóstico foi evidente clinicamente em todos os doentes. Quatro doentes apresentavam sinais de parésia dos interósseos, 2 deles com garra digital redutível. Mas em 7 casos o diagnóstico não foi confirmado pelo electromiograma efetuado, entre eles 3 doentes com parésia, dos quais um com garra digital. A cirurgia efetuada foi sempre a transposição anterior subcutânea, exceto num caso que tinha um claro músculo epitrócleo-olecraneano, no qual foi apenas feita a neurolise .

Resultados: Os resultados post-operatórios foram considerados satisfatórios em 9 doentes, com clara melhoria, e maus em 2 casos, com algodistrofias do membro superior. Uma outra doente, muito melhorado do ponto de vista neurológico, foi reoperada noutra instituição por persistirem queixas da articulação rádio-cubital distal.

Conclusão: A etiopatogenia destes casos não é clara, mas uma lesão por tração do nervo cubital no cotovelo no momento do traumatismo do punho parece provável. Os casos tardios podem dever-se apenas a um diagnóstico atrasado mas um mecanismo de *reverse double crush syndrome* não deve ser excluído. A ocorrência de compressões do nervo cubital no cotovelo após traumatismos do punho ou mão homolateral não é rara na nossa experiência e o nexo causal não nos parece discutível. Por outro lado, pode ser uma causa de queixas cubitais do punho ou coexistir com patologia traumática dessa área.

CO 03

DOENÇA DE DUPUYTREN – UTILIZAÇÃO SISTEMÁTICA DA FASCIECTOMIA DE "PALMA ABERTA" DURANTE 28 ANOS – 382 MÃOS OPERADAS

Sílvia Silvério[1]; J. C. Botelheiro[1,3]; Luís Araújo[2]; Inês Palma[2]

[1]Unidade de Cirurgia da Mão do Hospital de Sant'Ana, Parede, Portugal; [2]Interno de Ortopedia do Hospital de Sant'Ana, Parede, Portugal; [3]Hospital Lusíadas, Lisboa, Portugal

Objetivo: A técnica da fasciectomia de "palma aberta" foi introduzida na prática clínica corrente por McCash em 1964 e modificada depois por vários autores. Iniciámos a sua utilização sistemática em 1993 e apresentamos os nossos resultados e experiência.

Material e método: As fasciectomias de "palma aberta" – 382 – constituíram 81% das fasciectomias por nós efetuadas de 1993 a 2021. Foram realizadas em 336 doentes e analisadas pelo método de amostragem – 3 amostras de 25 cirurgias cada, de 1993-98 (10), 2010 e os últimos doentes operados em clínica privada.

Como os resultados das 3 amostras são muito semelhantes, extrapolámos para o conjunto total estes resultados:

- A grande maioria dos doentes operados é do sexo masculino, apenas 10,6% do sexo feminino;
- A idade média dos doente operados é 63,6 anos;
- A mão esquerda foi operada em 40% dos casos;
- O 5º dedo foi operado em 57,3% dos casos, o 4º em 66,6%, o 3º em 24% e o polegar em 4%;
- A cirurgia incidiu apenas na palma da mão (incisão transversal deixada aberta e incisões longitudinais de Skoog sobre as bandas encerradas) em 53,3% dos casos, nos restantes prolongou-se pelos dedos em incisões de Bruner;
- A técnica do "dedo aberto" de Foucher foi utilizada em apenas 3% dos casos.

Não utilizamos talas, apenas penso compressivo volumoso durante os primeiros dias pós-operatórios e mobilização ativa em sindactilia até retirar penso.

Resultados: O défice de extensão médio pré-operatório do conjunto de todos os dedos operados foi de 62º e pós-operatório a curto prazo de 16º, sem défices de flexão ativa; o tempo médio de pensos gordos pós-operatórios, 1 ou 2 vezes por semana, foi de 25 dias. Tivemos apenas 3 casos de complicações notórias no total das cirurgias – um fleimão superficial da mão às 6 semanas drenado sem sequelas, uma neurotomia colateral suturada imediatamente e uma cicatriz queratósica dolorosa.

Conclusão: Como resultado da nossa experiência podemos afirmar que o método da fasciectomia de "palma aberta" facilita tanto a cirurgia ao cirurgião como a reabilitação ao doente, geralmente sem fisioterapia, sem alongamento apreciável do tempo de pensos pós-operatórios; embora os resultados a longo prazo sejam semelhantes aos de outras técnicas cirúrgicas. Parece-nos especialmente indicada nos casos de contractura metacárpico-falângica de vários dedos adjacentes e para cirurgiões pouco experimentados.

CO 04

STEP WISE ANALGESIC APPROACH TO HAND TRAUMA – A SIMPLE WAY TO IMPROVE FUNCTIONAL OUTCOMES

Miguel Matias[1]; Luís Ribeiro[1]; Luis Vieira[1]; Marta Duarte[1]; Diogo Guimarães[1]; Manuel Vilela[1]; André Parra[2]; Juliana Sousa[1]; Maria Manuel Mouzinho[1]

[1]Plastic Reconstructive Surgery Department, Lisbon Central Hospital Center, Lisbon, Portugal; [2]Anesthesiology Deparment, Lisbon Central Hospital Center, Lisbon, Portugal

A mão desempenha um papel fundamental na interação com o meio exterior, funcionando como ferramenta para gestos precisos e

ponto de aplicação de forças. É também, a par da face, uma das áreas mais expostas do corpo humano e que traduzem um sentido de identidade. A patologia traumática da mão é muito diversificada, compreendendo desde lesões tegumentares simples a amputação de múltiplos dedos, associando-se, portanto, a variados níveis de intensidade de dor. A dor desencadeia um conjunto de mecanismos fisiológicos que têm um impacto direto no processo de cicatrização, bem como da perceção álgica. Constata-se ainda que um quadro álgico exacerbado está frequentemente associado a ansiedade e irritabilidade que impede muitas vezes a cooperação para a realização de procedimentos sob anestesia local e uma mobilização precoce.

Assim, a gravidade da lesão foi classificada em V grupos, e, consoante estes, ativado o protocolo analgésico mais adequado a cada situação. Procedeu-se a um processo de aleatorização pelo dia de admissão no serviço de Urgência e dividiu-se entre o protocolo analgésico estabelecido e a analgesia tipo com paracetamol 1g 8/8h e metamizol 525mg 12/12h. Foi avaliado o questionário QUICK DASH às 2 semanas pós-operatório e após o término do tratamento. Foram excluídos doentes que não realizaram os dois questionários.

Neste estudo, foram incluídos 91 doentes. 42 doentes ficaram internados e 49 doentes foram tratados em regime de ambulatório. O protocolo analgésico foi aplicado em 65% de todos os doentes, sendo os restantes submetidos a analgesia tradicional. A média do *Score Quick Dash* às 2 semanas foi de 83,085 no grupo placebo e 71,875 no grupo de intervenção. A média do *Score Quick Dash* após o tratamento foi de 7,152 no grupo placebo e 4,750 no grupo de intervenção.

A aplicação de uma escala analgésica direcionada conforme a gravidade da lesão permite um retorno à atividade limitada e reabilitação funcional mais precoce, o que se traduz num score funcional melhor no pós-operatório imediato e no final do tratamento.

CO 05

ABORDAGEM DIFERIDA DE PATOLOGIA TRAUMÁTICA DO MEMBRO SUPERIOR EM ENQUADRAMENTO PANDÉMICO

Nuno Telo Ramos; Miguel Relvas; Vitor Vidinha; João Duarte Silva; Vitorino Veludo; António Sousa
Centro Hospitalar de São João, Porto.

Introdução: Para fazer face ao elevado número de doentes com fraturas do membro superior que requerem tratamento cirúrgico adequado, é essencial a existência de uma estrutura bem definida, para promover uma resposta adequada a cada tipo de patologia ortopédica. Com um intuito de promover uma diminuição dos tempos de internamento e promover um melhor tratamento dos doentes, o nosso serviço promoveu o tratamento diferido de inúmeras patologias na área da traumatologia.

Objetivos: Avaliar o tipo de patologias, características dos doentes, grau de satisfação e controlo da dor dos doentes com fraturas do membro superior, tratados de modo diferido no nosso centro hospitalar, no ano de 2020, um ano severamente marcado pelo COVID-19.

Desenho de estudo e métodos: Desenvolvemos um estudo observacional retrospetivo com a avaliação de 71 doentes tratados de modo diferido e que aguardaram na sua residência a chamada para tratamento cirúrgico.

Resultados: Os diagnósticos mais frequentes foram fratura do radio distal (36.6%; n = 26), fratura de metacarpianos (19.7%, n = 14) e fraturas de falanges (11.3%, n = 8). O tempo médio deste a vinda ao serviço de Urgência até ao tratamento cirúrgico definitivo foi de 7 dias e o risco anestésico mais frequente foi ASA 2 (em 64,6%). Após contacto telefónico realizado em maio de 2021, foi possível avaliar 36 dos 65 doentes operados, sendo que

89% referiram satisfação com a possibilidade de aguardar o tratamento cirúrgico no domicílio e 92% referiu recomendar este tipo de estratégia a familiares e amigos, caso apresentassem condições para tal.
Quanto à dor no domicílio, aplicando o score VAS: a média foi de 1,94 (0 – 9). Aplicamos o score (QuickDASH) a todos os doentes com fraturas do rádio distal incluídas no grupo, apenas possível o contacto com 14 dos 26 pacientes (54%) e a média foi de 18,2% (0 – 65,9; DP 18,65).
Discussão: Esta abordagem foi satisfatória para os doentes, que recomendam o tratamento e permitiu um controlo da dor em todo o curso clínico, sem comprometer o sucesso clínico.
Conclusões: Os resultados cirúrgicos são comparáveis à literatura atual, permitindo validar este tipo de estratégia terapêutica, nomeadamente numa fase em que os serviços de saúde atravessam uma pressão adicional explicada pela pandemia. Estes resultados aplicam-se a doentes tipicamente jovens e com poucas comorbilidades médicas, pelo que não deverão ser extrapoladas para todas as populações.

CO 06

FATORES QUE INFLUENCIAM OS *OUTCOMES* APÓS REVASCULARIZAÇÃO OU REIMPLANTE DE DEDO

Patrícia Costa; Maria Albuquerque; Marta Duarte; Mariana Martins; Maria Manuel Mouzinho
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Objetivos: Os autores presentam um estudo retrospetivo que visou avaliar o impacto de múltiplas variáveis no sucesso da cirurgia de reimplante ou revascularização de um dedo, bem como nos resultados funcionais obtidos e a interferência na qualidade de vida do doente.
Material e métodos: O estudo incluiu os dedos reimplantados ou revascularizados no nosso hospital no período entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2020, com um total de 48 dedos em 42 doentes. As variáveis estudadas incluíram idade, co-morbilidades, tabagismo, nível e mecanismo da amputação, tempo de isquemia, dedo e mão intervencionados, número de estruturas vasculares reparadas e tempo até início da reabilitação. Os resultados funcionais foram avaliados utilizando a escala de Chen e o impacto na qualidade de vida foi determinado através do questionário Quick DASH.
Resultados: A taxa de sucesso (TS) global do procedimento cirúrgico foi de 66,6%, tendo o dedo indicador apresentado resultados inferiores aos restantes dedos. Os doentes com idade igual ou inferior a 45 anos apresentaram menor TS (60% *vs* 74%) do procedimento, mas melhores resultados funcionais (escala de Chen 1,4 *vs* 1,9) e melhor qualidade de vida (Quick DASH 24,6 *vs* 33,7) comparativamente aqueles com mais de 45 anos. Não houve diferenças na TS em doentes com ou sem co-morbilidades (66,6% *vs* 66,6%) e esta revelou-se inferior em doentes expostos ao tabaco (73% não fumadores *vs* 63% ex-fumadores *vs* 60% fumadores). A TS do procedimento foi idêntica em dedos amputados por mecanismo de esmagamento ou avulsão (64%) ou guilhotina (63%) e inferior à das amputações por outra máquina de corte (72%). O reimplante da polpa do dedo obteve melhores TS, resultado funcional e resultado no questionário Quick DASH do que em zonas mais proximais. O tempo de isquemia fria não teve interferência no prognóstico da cirurgia contrariamente ao tempo de isquemia quente, que reduziu a TS. A reparação de um maior número de estruturas arteriais, mas não venosas, teve relação com um aumento da TS.
Conclusões: A avaliação de variáveis que poderão influenciar os outcomes de revascularização ou reimplante de dedo poderão auxiliar no processo de decisão sobre a indicação cirúrgica e na otimização dos resultados ob-

tidos. No entanto, a existência de múltiplos fatores de confundimento dificulta a análises rigorosa dos resultados.

CO 07

RESULTADOS FUNCIONAIS DE FRATURAS DO RADIO DISTAL TRATADAS COM PLACA VOLAR BLOQUEADA

Alexei Buruian; Cláudia Vale; André Carvalho; Emanuel Seiça; Fábio Fernandes; Diogo Gameiro; Susana Ângelo; António Mendes
Hospital Distrital da Figueira da Foz

Objetivos: Descrição dos resultados funcionais e radiológicos do tratamento de fraturas do rádio distal com placa volar bloqueada de angulo variável (PV). Comparação dos resultados em indivíduos jovens e com idade > 65 anos.
Material e métodos: Estudo retrospetivo de 31 indivíduos submetidos a redução aberta e fixação interna com PV durante um período de 5 anos (2015-2020), num hospital distrital, com seguimento mínimo de 1 ano. Avaliação radiológica com recurso às radiografias obtidas antes da cirurgia e ao final do seguimento. Os critérios de redução considerados aceitáveis foram: inclinação dorsal < 10º, inclinação radial > 15º, altura radial > 8mm, variância ulnar < 2mm, incongruência articular < 2mm. Avaliação funcional com recurso à escala Quick-DASH.
Resultados: 74% dos indivíduos foram do sexo feminino, com idade média de 60,5 anos (41,9% com > 65 anos). 58% intervencionados ao punho esquerdo. 31.3% das fraturas foram do tipo 2R3A, 9,4% 2R3B e 59.4% 2R3C. O principal mecanismo lesional foi queda da própria altura (90%). Os doentes foram intervencionados em média 6 dias após a lesão. A média de seguimento foi de 32 meses. Os parâmetros radiográficos pré-operatórios médios foram: inclinação radial 17.1º; altura 9,4mm; inclinação dorsal 0.38º. 12,5% tiveram variância ulnar > -2 e 25% > 2; 18,8% tiveram incongruência articular > 2mm. Os parâmetros finais foram: inclinação 21.2º; altura 10.8mm; inclinação volar 4,8º. 9,3%% tiveram variância ulnar > -2 e 15,6% > 2; 12.5% mantiveram incongruência articular. Os parâmetros radiográficos que apresentaram melhoria estatisticamente significativa ($p < 0.05$) foram: inclinação radial e dorsal e altura radial, mas não a variância ou congruência articular($p > 0,05$).
QuickDash mediano obtido foi de 2,5 em ambos os grupos ($p > 0,05$). QuickDash mediano foi de 1,15 em doentes com redução aceitável e 3,4 em doentes com critérios de redução inaceitáveis ($p > 0,05$).
Complicações: redução insatisfatória (37.5%); dedo em gatilho (9,4%), síndrome de túnel cárpico, parafuso intrarticular e lesão do nervo radial superficial em 3,1% respetivamente.
Conclusões: No nosso estudo, o tratamento de fraturas do radio distal com PV resultou em melhoria dos parâmetros radiológicos e bons resultados funcionais, com uma baixa taxa de complicações, independentemente da idade do doente. Estudos com amostras maiores são necessários.

CO 08

QUAL A TENDÊNCIA NACIONAL NA ABORDAGEM À RIZARTROSE? DADOS DE UM INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO

Miguel Relvas Silva; Fábia Silva; António Sousa; Pedro Negrão; Vítor Vidinha
Centro Hospitalar Universitário de São João

Objetivos: Avaliação da prática clínica atual no tratamento da rizartrose em Portugal.
Material e métodos: Desenho de inquérito em formato digital. Envio aos membros (n = 119) da Sociedade Portuguesa de Cirurgia da Mão. Recolha de dados (demografia; indicações e opções terapêuticas conservadoras e/ou cirúrgicas). Análise cega dos resultados.
Resultados: 51 participantes, 96% ortopedistas, com diferenciação em patologia do punho e mão (média: 20 cirurgias de rizartrose/ano).

Em termos diagnósticos, 94% (n = 48) considera indispensável a avaliação clínica e radiográfica convencional.

Relativamente ao tratamento conservador, apenas 1 inquirido não o considera como opção. A restante grande maioria opta por modificação de atividades, analgesia e/ou ortótese, por um período ≤ 6 meses (92%), sobretudo nos estadios 1/2 de Eaton & Littler. A infiltração com corticoide é opção para 62,7% dos inquiridos.

As opções cirúrgicas são variáveis em função do estadio da doença. As mais frequentemente utilizadas são: estadio 1 – artroscopia (31.4%); estadios 2 ou 3 – artroplastia com implante (27.5% em ambos), trapezectomia com reconstrução ligamentar (LRTI; 21.6% ou 35.3%, respetivamente) ou artroplastia de suspensão (9.8% ou 19.6%, respetivamente); estadio 4 - LRTI (58.8%) ou artroplastia de suspensão (25.5%). O tipo de cirurgia realizado é sobretudo motivado pela familiaridade com a técnica cirúrgica e por ser considerada "a técnica mais benéfica". 39% baseia-se na evidência científica e quase 20% diz-se influenciado pela prática estabelecida no serviço.

Nos últimos 5 anos, mais de 1/3 alterou a sua técnica preferencial, com utilização crescente da artroplastia de suspensão (para minimizar complicações na região dadora) e artroscopia (por permitir um diagnóstico mais precoce, ser menos invasiva e associada a menos dor pós-operatória) e um decréscimo da artroplastia com implante.

Relativamente à LRTI, a maioria considera relevante a reconstrução ligamentar e interposição para o seu sucesso. A utilização de fios K para fixação temporária (2-6 semanas) é apenas realizada por 4 clínicos. No entanto, a maioria promove imobilização pós-LRTI por um período variável e apenas 2 inquiridos promove mobilização imediata. Metade considera indispensável a reabilitação pós-operatória.

Conclusões: A LRTI é o tratamento cirúrgico mais popular da Rizartrose neste grupo de inquiridos. Há uma tendência para a escolha de técnicas menos invasivas e sem interposição tendinosa, pelo potencial de queixas associadas.

CO 09

OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA: TRATAMENTO ADJUVANTE EM LESÕES POR ESMAGAMENTO DO MEMBRO SUPERIOR

Rui Casimiro; Carolina Andresen
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia

Introdução: As lesões por esmagamento do membro superior têm um importante impacto profissional, social e económico. Contrariamente ao membro inferior, a decisão de amputação tem um limiar mais elevado, pois a reabilitação com uma prótese é mais difícil e limitativa. Assim sendo, o investimento no tratamento precoce destas lesões complexas é essencial, na tentativa de obter um melhor resultado funcional. A oxigenoterapia hiperbárica (OH) surge assim, neste contexto, como terapia adjuvante ao tratamento cirúrgico, podendo beneficiar a recuperação deste tipo de lesões.

Objetivos: Este estudo tem como principal objetivo avaliar a utilização e eficácia da OH como terapia adjuvante nas lesões por esmagamento do membro superior, tentando compreender o seu efeito nas complicações associadas a este tipo de trauma e o "outcome" funcional destes doentes.

Materiais e métodos: Procedeu-se à análise retrospetivade 19 adultos com lesões do membro superior por esmagamento, submetidos a OH. As variáveis avaliadas incluíram a localização e o tipo de lesão, *timing* de início, número de sessões e complicações relacionadas com a OH. Os *outcomes* incidiram sobre o desenvolvimento de complicações agudas e tardias e o resultado funcional foi avaliado segundo o questionário *Short Musculoskeletal Function Assessment*.

Resultados: Apenas 6 doentes iniciaram OH nas primeiras 24h após a lesão. Seis doentes apresentaram complicações agudas, sendo

que em metade desses casos, a OH foi iniciada mais de 24h após a lesão. Cinco doentes desenvolveram infeção com necessidade de antibioterapia intravenosa e outros cinco necrose tecidual, com necessidade de amputação digital. Complicações tardias foram observadas em três doentes, sendo que em nenhum dos casos a OH foi iniciada nas primeiras 24h após a lesão. Quanto ao *outcome* funcional, os doentes apresentaram uma mediana de pontuação de 57,1/100, mas apenas 2 doentes retornaram à sua atividade profissional prévia.

Conclusão: Apesar dos seus benefícios e segurança, a OH é ainda uma estratégia pouco implementada no tratamento de lesões por esmagamento, quer por falta de conhecimento, quer por limitações e dificuldades logísticas inerentes à sua prática. É essencial que os profissionais estejam informados do ideal para início da OH, de forma a melhorar o prognóstico destas lesões.

CO 10

FRATURAS DE OSSOS METACÁRPICOS-OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSO CANULADO COMPRESSIVO RETRÓGRADO ENDOMEDULAR

Sofia Madeira; Jean-Michel Fallah; Rui Lino; Susana Candeias Rodrigues; M. Beatriz Castanheira; Ricardo Araújo Ferreira
Hospital Garcia de Orta

Introdução: As fraturas de ossos metacárpicos encontram-se entre as mais frequentes dentro das fraturas da mão. O seu tratamento cirúrgico inclui diversas técnicas cirúrgicas, não existindo consenso acerca da melhor técnica a utilizar. Apresenta-se a experiência do nosso serviço com a técnica de osteossíntese com parafuso canulado compressivo endomedular.

Materiais e métodos: Apresenta-se a experiência do nosso serviço no tratamento cirúrgico de fraturas metadiafisárias de ossos metacárpicos por osteossíntese com parafuso compressivo canulado tipo Herbert, colocado retrogradamente e endomedular. Apresenta-se uma série de 25 doentes (27 fraturas) tratados no nosso hospital entre 2016 e 2021. Descrevemos os resultados clínicos e imagiológicos obtidos com esta técnica.

Resultados: Optou-se por tratamento cirúrgico por excessiva angulação palmar (16 casos), encurtamento (8) ou desvio rotacional (1).

Em todos os doentes foi feita redução incruenta e osteossíntese com parafuso compressivo canulado tipo Herbet colocado retrogradamente em posição endomedular. Não foi colocada qualquer imobilização no período pós-operatório, para além de penso simples. A avaliação pós-cirúrgica foi feita em contexto de consulta, consistindo numa avaliação clínica e radiológica, tendo sido utilizado o questionário Quick Dash para avaliação de resultados funcionais. Destaca-se a ausência de queixas álgicas na maioria dos doentes. Nenhum doente apresenta desvio rotacional ou défice de extensão ativa da metacarpo-falângica. Apenas um doente apresenta défice de flexão ativa da metacarpo-falângica. A consolidação clínica e radiológica foi obtida entre as 6 e as 8 semanas.

Discussão: Apesar de constituir uma pequena série de doentes, verifica-se uma concordância com a literatura publicada, no que diz respeito à qualidade da redução, amplitude de movimentos e rapidez de recuperação. A satisfação com a intervenção cirúrgica permaneceu mesmo na reavaliação ao 4º e 5º ano pós-intervenção. Não existiu evidência de artrose secundária nem de intolerância ao material de osteossíntese.

Conclusão: A maioria das fraturas dos ossos metacárpicos pode ser tratada conservadoramente com bons resultados funcionais. Nos casos tratados cirurgicamente, a osteossíntese com parafuso endomedular é uma opção válida, através da qual obtivemos bons resultados clínicos e imagiológicos.

CO 11

AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA SECÇÃO TRAUMÁTICA DO FLEXOR LONGO DO POLEGAR

Joana Almeida; Maria João Almeida; Miguel Relvas; Mariana Cunha Ferreira; Vítor Vidinha; Pedro Negrão; António Sousa
CHUSJ

Objetivos: As lesões traumáticas do flexor longo do polegar podem estar associadas a alta morbilidade, com possível compromisso da capacidade funcional da mão. Na literatura existem poucos estudos descritivos sobre esta lesão e são ainda menos aqueles que relatam os resultados funcionais após tenorrafia.

O presente trabalho pretendeu realizar uma análise descritiva dos resultados funcionais obtidos após a tenorrafia da rotura do flexor longo do polegar, secundária a lesões traumáticas da mão/punho.

Material e métodos: Foi desenhado um estudo retrospetivo, que incluiu 44 doentes tratados entre 2006 e 2015. A avaliação funcional foi realizada através da escala visual analógica de dor (VAS), através do *score Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* (DASH), *key pinch* e força de *grip*. Estas foram medidas através de um medidor de pinch e dinamómetro calibrado.

Resultados: Dos 44 doentes, apenas dois relataram dor leve (1 na escala VAS), sendo que os restantes negaram queixas álgicas.

16 doentes (36%) apresentaram neurotmese do nervo mediano, com necessidade de neurorrafia posterior. Foi verificada uma relação estatisticamente significativa entre a existência lesão do nervo mediano e maior risco de desenvolvimento de sequelas ($p < 0.001$). Para além disso, o subgrupo de doentes com necessidade de neurorrafia apresentou piores valores de grip (7,5 kg *versus* 18 kg) bem como de pinch (2 kg *versus* 5 kg).

9 doentes (21%) apresentavam rigidez da articulação interfalângica, associando-se a piores scores funcionais DASH (33 *versus* 23), apesar de não ter sido encontrada significância estatística ($p = 0,46$). O grip médio foi 16 kg, com uma perda, comparativamente à mão contralateral, de 60%; o valor médio do pinch foi 5 kg, com uma perda correspondente de 57%.

O valor médio do score DASH foi 28. Foi encontrada uma correlação moderada negativa entre o valor do pinch e o score DASH ($r = -0,59$), que foi estatisticamente significativa ($p = 0,004$); a mesma não foi encontrada para o valor do grip ($r = -0,20$).

Conclusões: De acordo com os dados obtidos, podemos afirmar que houve uma perda de força considerável (> 55%), o que nos leva a crer que a lesão traumática do flexor longo do polegar parece ter um impacto funcional importante. Apesar disso, os resultados funcionais obtidos foram satisfatórios, o que favorece a realização da tenorrafia.

CO 12

FRATURAS DO COLO DO QUINTO METACARPO: SERÁ A DEFORMIDADE ANGULAR UM CRITÉRIO RELEVANTE?

João Lixa; Luísa Vital; Paula Vieira; André Pinho; Vítor Vidinha
Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: Assiste-se a uma tendência para o tratamento conservador nas fraturas do colo do quinto metacarpo. O objetivo deste estudo é comparar o resultado entre doentes submetidos a tratamento cirúrgico ou conservador destas fraturas comuns.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo retrospetivo de doentes com fratura do colo do quinto metacarpo, tratados de forma conservadora e cirúrgica. Foram incluídos doentes com fratura isolada, com pelo menos 1 ano desde o trauma e com evidência de consolidação. Analisou-se os dados demográ-

ficos e radiológicos (angulação da fratura na admissão, no pós redução ou pós operatória e na alta clínica). Posteriormente aplicou-se o questionário QuickDASH, a escala numérica de dor, avaliou-se a satisfação funcional e estética. A analise estatística foi realizada através do SPSS.

Resultados: Foram incluídos 60 doentes, 30 tratados de forma conservadora. Excluíram-se fraturas expostas, cominutivas ou com deformidade rotacional. A idade média foi de 37 anos, 86% do género masculino. A angulação inicial foi superior no grupo cirúrgico ($p < 0,05$) e a final foi de 28º no grupo cirúrgico e 38º no conservador ($p < 0,05$). No grupo conservador verificou-se diferença entre a angulação inicial e final e manutenção da redução até a consolidação. Da amostra de 60 doentes, realizaram-se posteriormente 29 questionários, 17 a doentes tratados de forma cirúrgica. O grupo cirúrgico registou uma média na escala de dor superior ($p < 0,05$), embora no questionário QuickDASH não tenham sido encontradas diferenças. A satisfação global funcional foi de 100% em ambos os grupos e a satisfação estética foi menor no grupo cirúrgico (71%).

Conclusões: A relação entre a deformidade angular das fraturas do quinto metacarpo e os resultados funcionais ainda não se encontra bem estabelecida, defendendo-se um resultado aceitável em angulações até 70º. Embora a angulação média final tenha sido inferior no grupo cirúrgico, o significado clínico de uma diferença de 10º não parece significativo. A satisfação funcional e o QuickDASH foram semelhantes, com os doentes tratados de forma cirúrgica a reportarem mais dor residual e menor satisfação estética. Neste estudo a conservação da redução após manipulação e imobilização reforça a validade do tratamento conservador. Estes resultados corroboram a tendência para a abrangência crescente do tratamento não cirúrgico na generalidade destas fraturas, sugerindo uma importância menor da angulação no resultado final.

CO 13

WIDE AWAKE LOCAL ANESTHESIA NO TOURNIQUET (WALANT) – MUDANÇA DE PARADIGMA NO NOSSO SERVIÇO

Bárbara Costa; Nádia Oliveira; André Vinha; Filipe Castelo; Ricardo Sousa; Raquel Ricardo; Cláudia Santos

Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira, Covilhã, Portugal

Objetivos: Face ao contexto atual de pandemia, a necessidade de recurso a equipas anestésicas foi fortemente aumentada, pelo que se tornou necessária a busca por soluções que permitissem responder às necessidades mantendo o alto nível de cuidados prestados à população. *Wide Awake Local Anesthesia No Tourniquet* (WALANT) permite o tratamento de doentes com patologia do foro ortopédico e traumático da mão e punho, sem que haja necessidade de recorrer a uma equipa anestésica ou ao uso de garrote. O objetivo do presente trabalho é a exposição da nossa experiência e aplicabilidade da técnica.

Material e métodos: Foi realizada uma revisão dos doentes operados através do ambulatório no nosso hospital, no período compreendido entre 22 de março de 2021 e 30 de junho de 2021. A colheita de dados foi realizada através do S. Clínico. Um total de 198 doentes foi operado pelo ambulatório durante este período, 176 dos quais pela técnica WALANT.

Resultados: A idade média dos doentes operados pela técnica de WALANT foi de 60,2 anos (20-89 anos), 126 do sexo feminino e 50 do masculino. Alguns dos procedimentos efetuados foram: 117 libertações do nervo mediano (3 recidivas de síndrome do túnel cárpico e 1 libertação da fibrose do lacertus); 1 libertação do nervo cubital (a nível do cotovelo e canal de Guyon); 30 libertações da PoliaA1; 5 libertações do 1º compartimento

dos extensores; 6 fasciectomias parciais seletivas; 4 extrações de material de osteossíntese (placas do rádio/cúbito, material de cerclage do olecrâneo); 4 artroplastias totais trapeziometacarpianas; 5 excisões de quistos sinoviais, 2 tumores de células gigantes, 1 condroma do tendão extensor e 1 granuloma; 1 amputação distal do dedo e 1 lavagem/desbridamento por osteomielite; 1 artrodese da articulação interfalângica; 3 osteossínteses (2 fraturas do rádio distal e 1 fratura metacarpo); 2 tenorrafias; 1 neurorrafia; 1 reinserção da placa volar do dedo com âncora transóssea.

Conclusões: A técnica de WALANT tem vindo a ser implementada em todo o mundo, tendo já sido provada a sua segurança e aplicabilidade. Ela permite a comunicação entre o doente e cirurgião, permitindo avaliar a eficácia e estabilidade do tratamento efetuado intraoperatoriamente. Pelo facto de poder ser aplicada em regime de ambulatório permite evitar o recurso a uma equipa anestésica bem como diminuição significativa dos custos associados à cirurgia. Na nossa experiência, é uma técnica reprodutível com vasta aplicabilidade em termos práticos.

CO 14

MONITORIZAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATA DE RETALHOS LIVRES FUNCIONAIS MIOCUTÂNEOS DE GRACILIS PARA RECONSTRUÇÃO DE LESÕES CRÓNICAS DE PLEXO BRAQUIAL ATRAVÉS DE TERMOGRAFIA DE INFRAVERMELHOS

Manuel Vilela[1]; Diogo Guimarães[1]; Miguel Matias[1]; Sara de Almeida Carvalho[1]; Diogo Casal[1,2]; Maria Manuel Mouzinho[1]

[1]Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva e Unidade de Queimados, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; [2]NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa

Introdução: O recurso a retalhos livres funcionais miocutâneos de Gracilis (GFFMT) é uma opção largamente descrita na literatura para restituição de funções em défice em lesões crónicas do Plexo Braquial. No entanto, a monitorização da janela cutânea continua a ser um dos maiores obstáculos em toda a sua reconstrução, especialmente pelo facto de a monitorização por Doppler dos vasos perforantes ser na grande maioria das vezes impossível pela dimensão destas últimas. Assim, a monitorização através de utilização de câmaras termográficas poderá ser uma solução esquecida para estes retalhos.

Materiais e métodos: Recorremos à monitorização de 2 GFFMT com janela cutânea através de uma câmara termográfica nos primeiros 7 dias pós-operatórios.

Resultados: A temperatura de superfície obtida com as leituras de câmara termográfica demonstrou uma temperatura de superfície dos retalhos semelhante à temperatura do tegumento adjacente, demonstrando viabilidade do retalho.

Conclusões: A avaliação de temperatura de superfície através de termografia de infra-vermelhos poderá ser uma solução útil para a monitorização pós-operatória de um retalho historicamente difícil de monitorizar.

CO 15

WIDE AWAKE LOCAL ANESTHESIA NO TOURNIQUET (WALANT) – GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E ECONÓMICOS

Bárbara Costa; Nádia Oliveira; André Vinha; Filipe Castelo; Ricardo Sousa; Raquel Ricardo; Cláudia Santos; Carla Almeida

Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira, Covilhã, Portugal

Objetivos: *Wide Awake Local Anesthesia No Tourniquet* (WALANT) tem ganho popularidade no decurso dos últimos anos, associando-se a diversos benefícios como a diminuição do tempo de permanência hospitalar, possibilidade de comunicar com o doente intraoperatoriamente bem como a diminuição dos custos associados ao procedimento. O objetivo a

que nos propomos é a análise de custos associados com o uso da técnica WALANT comparativamente com o uso de anestesia geral no tratamento de síndrome do túnel cárpico.
Material e métodos: Foram comparados custos envolvidos na realização da libertação do túnel cárpico sob anestesia local no bloco de ambulatório e sob anestesia geral no bloco operatório central. Foram calculados os custos de consultas pré e pós-operatórias de ortopedia e anestesia (quando aplicável), custos a nível dos blocos operatórios (incluindo recursos humanos e materiais), custos de exames pré-operatórios (eletrocardiograma, Rx tórax, estudo analítico e teste COVID) e custos relacionados com o internamento.
Resultados: Verificou-se que, para todos os parâmetros avaliados, os custos associados à cirurgia eram maiores nos doentes submetidos a cirurgia a partir do bloco operatório central comparativamente àqueles operados no bloco de ambulatório. De facto, no que respeita às consultas é possível, nos doentes submetidos a cirurgia pelo ambulatório, evitar os custos associados à consulta de anestesia. Além disso, nestes doentes é possível evitar totalmente os custos de internamento e exames complementares de diagnósticos necessários para a consulta de anestesia e internamento. As equipas cirúrgicas nos blocos centrais são mais numerosas pelo que é possível diminuição dos custos em ambulatório. De forma geral, o custo associado a libertação do túnel cárpico através do bloco central está associado ao quádruplo dos custos quando comparado com a mesma cirurgia realizada no ambulatório, sendo possível uma poupança de aproximadamente 1300€ quando a cirurgia é realizada em contexto de ambulatório.
Conclusões: A cirurgia de ambulatório permite a redução considerável dos custos diretos e indiretos associados à realização de uma libertação do túnel cárpico, permitindo que seja feita uma gestão mais eficaz dos recursos monetários e humanos. Deveras, no contexto de epidemia atual, onde os recursos humanos são muitas vezes escassos é importante a procura de alternativas que permitam o funcionamento em pleno do Serviço Nacional de Saúde.

CO 16

ESTRUTURAS DO CANAL CÁRPICO: SABEMOS A SUA VERDADEIRA ANATOMIA?

Larissa Lanzaro; Rui Vieira; Ana Pinto; Horácio Costa
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: Existem muitas variações anatómicas das estruturas que passam pelo canal cárpico, sendo que as mesmas podem contribuir para a compressão do nervo mediano. O objetivo deste trabalho é alertar para a possibilidade do aparecimento destas variantes anatómicas durante a cirurgia de libertação do nervo mediano.
Métodos: Apresentamos 4 casos de variações anatómicas nervosas, arteriais e musculares incomuns encontradas durante a prática clínica dos autores e uma revisão da literatura relevante.
Resultados: 4 doentes com compressão do nervo mediano e variações anatómicas concomitantes.
Variantes musculares do antebraço frequentemente causam síndromes de compressão neurovascular. Foi encontrada a presença de um tendão do músculo palmar longo profundamente ao ligamento transverso do carpo, uma das duas variantes descritas do músculo palmar longo que interferem na topografia compacta do túnel cárpico. Noutro doente foi observado um ventre muscular dentro do canal cárpico, possivelmente tratando-se de um músculo palmar longo reverso.
Relativamente a variações arteriais, foi objetivada uma artéria mediana persistente, remanescente embriológico e que poderá constituir uma rica fonte de vascularização para a mão.
Num caso de compressão recorrente do me-

diano, apenas na 3ª cirurgia ao canal cárpico uma bifurcação alta do nervo mediano foi encontrada. Na maioria dos indivíduos, o nervo mediano divide-se distalmente ao ligamento transverso do carpo, porém é possível encontrar uma divisão mais proximal em 1% a 3,3% da população.

Conclusão: O conhecimento das alterações anatómicas diminui a probabilidade de complicações. É da competência do cirurgião estar consciente das variações anatómicas, particularmente no que diz respeito a procedimentos cirúrgicos comuns como a libertação do nervo mediano.

CO 17

QUE LESÕES DA MÃO E PUNHO ESPERAR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Alexandre Almeida; Margarida Mendes; Vítor Alvarenga; Francisco Carvalho
Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: As lesões traumáticas da mão e punho são patologias frequentes no serviço de Urgência (SU). Sendo a mão um importante meio de interação com o mundo exterior, as sequelas decorrentes de défices motores e/ou sensitivos têm um impacto funcional importante na vida dos doentes. Assim, é importante conhecer-se o perfil das lesões encontradas no SU, de forma a otimizar a sua abordagem inicial e orientação. A caracterização destas lesões e dos mecanismos que as originam são ainda essenciais para o estabelecimento de estratégias de prevenção.

Objetivo: Este trabalho tem como objetivo caracterizar as lesões traumáticas abertas da mão e punho que carecem de correção cirúrgica no bloco operatório em contexto de Urgência.

Materiais e métodos: Realizou-se uma análise retrospetiva de todos os doentes com trauma aberto da mão e punho com necessidade de abordagem cirúrgica sob anestesia geral em contexto de Urgência pela especialidade de Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética durante um período de 4 anos (2011-2014). Identificou-se um total de 175 doentes. Foram colhidos dados epidemiológicos, bem como dados relativos às lesões apresentadas.

Resultados: Os doentes com trauma da mão e punho são maioritariamente do sexo masculino (74,3%) e apresentam uma média de idades de 42,3 anos (4-85). A mão direita é ligeiramente mais afetada e o 2º e 3º dedos são os mais atingidos. A maior parte dos traumas ocorre durante a Primavera (28%). As lesões devem-se mais frequentemente a aparelhos elétricos de corte (29,1%) e a objetos penetrantes (vidro ou faca) (28%). Os acidentes de trabalho representam 38,3% dos casos. Em 51,4% dos traumas existe fratura associada. Destas, a mais frequente é a fratura da falange proximal que ocorre em 41,1% dos casos. A lesão tendinosa está presente em 61,1% dos casos, com maior prevalência de lesão do tendão flexor. A lesão nervosa ocorre em 46,9% dos traumas, sendo representada maioritariamente pela lesão do nervo colateral digital que se verifica em 51,2% dos casos. Constatou-se um total de 37 amputações. A maior parte destas, 62,2%, ocorreu em contexto de acidente de trabalho.

Conclusão: O conhecimento do perfil de lesões apresentadas permite ao cirurgião plástico uma avaliação mais dirigida ao trauma da mão em contexto de Urgência. A divulgação deste tipo de dados pode ainda ser útil em campanhas de educação e sensibilização para a prevenção do trauma da mão, nomeadamente em contexto de acidentes de trabalho.

CO 18

RESULTADOS DA MUDANÇA DE PARADIGMA NO TRATAMENTO DE FRATURAS DO ESCAFOIDE

Bruno Saraiva de Morais; Tiago Botelho; João Pedro Nóbrega; Nuno Ramos Marques; Frederico Teixeira
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Objetivos: O objetivo deste estudo é reportar os resultados da mudança de paradigma na opção de tratamento cirúrgico destas fraturas no nosso serviço.
Materiais: Incluímos todos os doentes tratados cirurgicamente com fratura do escafoide entre os anos 2000 e 2020. Dividimo-los em 2 grupos, o primeiro composto por doentes tratados na primeira década e o segundo pelos tratados na segunda década o que correspondeu à mudança de paradigma no serviço em que se passou a tratar cirurgicamente a grande maioria dos doentes.
Resultados: Apurámos um total de 48 doentes elegíveis no primeiro grupo e 72 no segundo. Os doentes eram predominantemente do sexo masculino com uma média de idades de 24 anos. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos relativamente ao género, idade, dominância, lateralidade ou comorbilidades. As quedas da própria altura foram a causa mais comum de trauma (> 40%) em ambos os grupos, seguindo-se os acidentes desportivos e rodoviários. No primeiro grupo a maioria dos casos operados eram da classificação D2 de Herbert (pseudartrose, 28 casos) seguindo-se a B2 (colo com desvio, 13 casos), B4 (luxação do carpo, 4 casos) e B3 (polo proximal, 3 casos). No segundo grupo foram operados maioritariamente doentes B2 (27 casos), seguindo-se A2 (colo sem desvio, 13 casos), B1 (terço distal, 8 casos), B4 (7 casos), B3 (6 casos) e por fim D2 (6 casos). Como vimos, diferença do número de pseudartroses operadas foi expressiva: 58% (28) *vs* 8% (6) ($p < 0,0001$). Verificamos que 82% dos casos (23) decorreram da falência do tratamento conservador no primeiro grupo *vs* 17% (1) no segundo grupo ($p = 0,0014$). Destes, 65% (15) eram fraturas do polo proximal, 22% (5) eram fraturas-luxação do carpo, 9% (2) do colo com desvio e 4% (1) do colo sem desvio, *vs* 1 um único caso no segundo grupo de uma fratura do colo sem desvio. O tempo de imobilização, retorno à atividade habitual e de fisioterapia médio foi de 4,8 *vs* 2,3, 10 *vs* 18,2 semanas e de 4,8 *vs* 2,6 meses entre grupos ($p < 0,0001$). A taxa de complicações foi de 17% *vs* 4% ($p = 0,0201$) e de re-intervenção de 10% *vs* 3% ($p = 0,080$). O DASH médio foi de 23,8 *vs* 12,2 ($p < 0,0001$).
Conculsões: A nossa série leva-nos a afirmar a necessidade de ponderar o tratamento cirúrgico nas fraturas do escafoide destes doentes. A nossa opção em fazê-lo traduziu-se na redução significativa no tratamento de pseudartroses assim como na recuperação mais rápida, com menos complicações e com menores custos.

CO 19

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DO CARPO: EPIDEMIOLOGIA E EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO NUMA REVISÃO DE 15 ANOS

Inês Ferreira da Palma; Luís Araújo; Diogo Lacerda; André Ferreira; Ana Luísa Neto; Sílvia Silvério
Hospital Ortopédico de Sant'Ana

Introdução: As fraturas do carpo são entidades clínicas raras, que representam 8 a 19% do total de fraturas do punho e mão, estando muitas vezes associadas a outras lesões. Os ossos da fileira proximal do carpo são os mais frequentemente afetados, sendo que o escafóide figura em cerca de 70-80% dos casos. Contudo, a incidência precisa das fraturas do carpo não é clara fruto da dificuldade diagnóstica associada aos achados clínico-radiológicos subtis. Nesta revisão apresentamos a experiência do serviço no tratamento cirúrgico das fraturas do carpo.
Material e métodos: Foi realizada uma aná-

lise retrospetiva dos 47 doentes submetidos a osteossíntese dos ossos do carpo num período de 15 anos. Foram avaliados no que respeita a diagnóstico pré-operatório e resultados funcionais do tratamento cirúrgico, com um mínimo de 3 meses de seguimento.

Resultados: A maioria dos doentes avaliados são do sexo masculino (91,5%), com uma média de idades de 30 anos. O punho direito foi o mais afetado (55%). O período decorrido entre o traumatismo e o diagnóstico foi em média 2,2 dias. Registaram-se 41 fraturas do escafóide, 7 do unciforme, 2 do piramidal, 1 do grande osso e 1 do semilunar. Onze casos associaram-se a fraturas a outro nível. Houve 6 complicações minor e 82% dos doentes retomaram o nível funcional prévio.

Discussão: As fraturas do escafóide têm, nesta revisão, uma predominância superior aos dados da literatura. Na verdade, as fraturas dos outros ossos do carpo parecem ter tendência a associar-se a fraturas do escafoide na nossa casuística. O curto período decorrido até ao diagnóstico nos casos avaliados permite uma intervenção precoce e uma reabilitação célere, associando-se a baixa taxa de complicações e reduzido impacto funcional.

Conclusão: O diagnóstico das fraturas do carpo é habitualmente difícil, pelo que a suspeita clínica deve ser corroborada por um exame objetivo cuidadoso e exames complementares de diagnóstico dirigidos, com vista a maximizar os resultados do tratamento.

CO 20

NÃO-UNIÃO DO ESCAFÓIDE: ENXERTO ÓSSEO E FIXAÇÃO POR VIA ARTROSCÓPICA, EXPERIÊNCIA DE 22 CASOS EM 5 ANOS PELA MESMA EQUIPA CIRÚRGICA

João Luís Silva[1]; António Serrano[1]; Hugo Ribeiro[1]; Raquel Teixeira[1]; Carla Nunes[2,3]

[1]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital de S. Francisco Xavier; [2]Hospital CUF Tejo; [3]Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa

Objetivos: Avaliar os resultados da reconstrução artroscópica do escafóide em não-união (NU), com enxerto autólogo de osso esponjoso (EAOE).

Material e métodos: Revisão retrospectiva de 28 doentes com NU do escafóide intervencionados pela mesma equipa cirúrgica dedicada a Mão e Punho (março/16-dezembro/20). Excluídos < 16 anos, com fratura ou luxação no mesmo membro, artrose do punho, com *follow-up* (FU) < 6 meses, com avaliação final de 22 doentes. Antes da cirurgia foi realizada TC do punho. A fratura inicial foi classificada segundo Herbert. A NU foi classificada segundo Slade e Geissler. A fixação foi realizada com recurso a parafuso compressivo tipo Herbert (PCH) ou fios de Kirschner (fios K). O outcome primário - consolidação em TC às 16 semanas – foi obtido pela % de ponte trabecular sagital medida pelo mesmo observador (consolidada se classificada no 3º ou 4º grau de união segundo Singh). Como *outcomes* secundários: recuperação da mobilidade e ocorrência de complicações – dor ou falência da fixação.

Resultados: FU médio foi de 29,5 meses (8-64). 21 doentes de sexo masculino, uma doente de sexo feminino, idade média de 33,5 anos (16-60). O tempo médio de espera até à cirurgia foi de 8,5 meses (1,5-28). Quanto à fratura inicial foram classificadas 2 tipo A2, 6 tipo B1, 7 tipo B2, 3 tipo B3 e 4 tipo B4. Dois doentes com osteossíntese prévia, 20 com tratamento conservador, um doente com fratura distal do rádio síncrona tratada

conservadoramente. Quanto à NU foram classificadas 3 tipo I, 2 tipo II, 7 tipo III, 6 tipo IV e 4 tipo V. A fixação foi feita com PCH em 16 doentes e com fios K em 6. Em 14 doentes foi usado EAOE, 10 do ilíaco anterior e 4 do rádio distal. Houve consolidação às 16 semanas em 81,9% dos doentes. Dos doentes sem consolidação (n = 4), 3 foram inicialmente admitidos com luxação transescafo-perilunar. 20 doentes encontravam-se sem dor, 2 com dor em carga (VAS de 3,8 e 4,9). A mobilidade com valores médios de flexão de 52º (30º-70º), extensão 58,3º (35º-72º), pronação 90º (85º-100º) e supinação 90º (todos 90º). A força foi recuperada com retoma da atividade laboral e desportiva. QuickDASH médio de 12,72 (4,5 a 40,9). Ocorreram 2 complicações minor e 5 complicações major.

Conclusões: A artroscopia no controlo da redução e fixação e na orientação da colocação de EAOE apresenta bons resultados clínicos no tratamento da NU do escafóide. As conclusões são limitadas pelo desenho retrospetivo e pequeno tamanho da amostra.

CO 21

TUMORES NERVOSOS NO MEMBRO SUPERIOR: ESTUDO RETROSPETIVO DE UM SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA E REVISÃO DA LITERATURA

Marta Sá de Azevedo; Filipa Poleri; Larissa Lanzaro; Gustavo Coelho; Horácio Zenha; Horácio Costa
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: Os tumores nervosos periféricos são lesões raras e incluem tumores benignos e malignos das bainhas nervosas, fazendo parte do grupo mais raro de tumefações/neoplasias do membro superior. O tumor mais comum, independentemente da localização, é o schwanoma.

Materias e métodos: Neste trabalho os autores realizaram uma revisão da literatura e estudo retrospetivo dos casos ocorridos em 8 anos (2012-2020) num serviço de Cirurgia Plástica.

Resultados: Um total de 10 casos de tumores nervosos periféricos do membro superior operados foram identificados dos quais 9 corresponderam a lesões benignas, das quais 88% dos casos corresponderam a schwanomas; 60% dos casos ocorreram no sexo masculino, com uma média de idades de 52 anos. Em 60% dos casos com aparecimento ao nível do braço, 30% nos dedos e 1 caso ao nível do antebraço e outro na axila. A apresentação mais comum correspondeu a tinnel positivo no local da lesão, associado a alterações sensitivas. Na maioria dos casos com diagnostico prévio por ecografia e encaminhado do medico assistente. Em todos os casos benignos foi possível a exérese total da lesão sem morbilidade.

Discussão e conclusão: Apesar de raros e na sua maioria benignos, o seu conhecimento e indicação terapêutica e cirúrgica são essenciais para evitar um défice neurológico, pelo que são uma entidade com a qual o cirurgião plástico deve estar familiarizado.

CO 22

SIMPLIFICAR O RETALHO INTERÓSSEO POSTERIOR DE FLUXO REVERSO

Gustavo Neves Pereira; Ana Rita Gomes; André Lacerda; Diogo Ribeiro; Hugo Freitas; Luís Saraiva
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Serviço de Cirurgia Plástica

Objetivo: Demonstrar a técnica cirúrgica e a fiabilidade do retalho interósseo posterior de fluxo reverso na cobertura de defeitos da mão e do polegar.

Material e métodos: Apresentam-se seis casos operados na mesma instituição, entre 2019 e 2021, em que se recorreu ao retalho interósseo posterior de fluxo reverso. Três para revestimento do dorso da mão: uma doente de 102 anos com um carcinoma espinocelular de quase todo o dorso da mão; outro pós-traumático, com apenas perda de cobertura cutâ-

nea dorsal da mão; e, por último, um baleado, que além do defeito de cobertura, apresentava múltiplos estilhaços da bala e uma fratura cominutiva com perda óssea do 3º metacarpo, submetido a reconstrução com enxerto ósseo. Apresentam-se outros três casos para revestimento do polegar: um para a extremidade de coto de amputação ao nível da diáfise da 1ª falange; outro pós-traumático com necessidade de cobertura da eminência tenar e dorso da 1ª falange; e, por último, um carcinoma espinocelular do dorso do 1º metacarpo.

A técnica cirúrgica utilizada foi sempre a mesma, segundo Cavadas *et al.* (2016). Ao contrário da técnica original, em que se disseca a artéria interóssea posterior na metade proximal do antebraço, na técnica utilizada identifica-se o pedículo vascular distalmente, que se situa entre o tendão do extensor carpi ulnaris e o tendão do extensor próprio do quinto dedo. Apenas uma perfurante é incorporada no retalho, dado que mais do que uma aumenta o risco de congestão venosa com necrose parcial ou total do mesmo, de acordo com Reyad *et al.* (2016).

O seguimento nos primeiros 4 a 7 dias de pós-operatório foi realizado em enfermaria afim de assegurar monitorização apertada da viabilidade vascular do retalho e intervir precocemente caso haja necessidade.

Resultados: Em todos os casos a cobertura com o retalho interósseo posterior foi bem sucedida, sem necessidade de reintervenção cirúrgica. No entanto, o retalho para cobertura do dorso do 1º metacarpo sofreu congestão venosa no 1º dia de pós-operatório, que reverteu com a libertação de alguns pontos de sutura.

Conclusões: O retalho interósseo posterior de fluxo reverso é uma solução cirúrgica fiável em defeitos cutâneos da mão e do polegar, com morbilidade associada mínima e poupando as artérias major da mão.

CO 23

REANIMAÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA DA ARTICULAÇÃO GLENOHUMERAL NA LESÃO NEONATAL DO PLEXO BRAQUIAL

Filipa Poleri; Diana Monteiro; Carolina Gaspar; Rui Vieira; Horácio Costa
Serviço de Cirurgia Plástica Reconstrutiva Craniomaxilofacial Mão e Unidade de Microcirurgia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: A lesão neonatal do plexo braquial (LNPB) é uma condição com prognóstico variável. Sem intervenção 10-30% dos casos têm recuperação incompleta. A probabilidade de recuperação espontânea da rotação externa da articulação glenohumeral ao fim de 18 meses é baixa, condicionando a longo prazo a sua disfunção. Neste trabalho descrevemos a nossa experiência com uma dupla transferência nervosa para reanimação da rotação externa desta articulação em crianças com LNPB.

Material e métodos: Este trabalho representa uma série de casos. Incluímos 5 crianças com LNPB com limitação na rotação externa da articulação glenohumeral após os 15 meses de idade. Realizou-se transferência nervosa do nervo espinhal acessório para o ramo motor do musculo infraespinhoso e do ramo motor da cabeça longa do tricípite braquial para o ramo motor do músculo redondo menor, descrita por Francisco Soldado. A rotação externa em adução e a abdução da articulação glenohumeral foram avaliados pré e pós operatoriamente.

Resultados: Todas as crianças apresentam reanimação da rotação externa em adução e também da abdução ao nível da articulação glenohumeral, com morbilidade reduzida.

Conclusões: A transferência nervosa dupla é uma técnica descrita recentemente que permite a reinervação de dois músculos com ação sinérgica ao nível da articulação glenohumeral. Verifica-se que a intervenção é eficaz a restabelecer a rotação externa desta

articulação em crianças com LNPB com recuperação incompleta. Este ganho funcional pode permitir reduzir a displasia na articulação glenohumeral a longo prazo.

CO 24

NEUROTIZAÇÃO COM NERVO INTERÓSSEO ANTERIOR (IAN) PARA REINERVAÇÃO DOS MÚSCULOS INTRÍNSECOS DA MÃO EM CONTEXTO DE LESÃO DO NERVO CUBITAL – EXPERIÊNCIA CLÍNICA

Rui Vieira; Gustavo Coelho; Horácio Zenha; Ana Pinto; Cristina Cunha; Horácio Costa
Serviço de Cirurgia Plástica Reconstrutiva Craniomaxilofacial Mão e Unidade de Microcirurgia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Objetivo: Revisão de casos clínicos, no contexto de lesão do nervo cubital em doentes com défice motor da mão. Demonstrar que doentes submetidos a reparação nervosa com transfer nervoso termino-lateral (T-L) do nervo interósseo anterior (IAN), ramo motor do nervo mediano, para o ramo motor no nervo cubital, apresentam uma melhoria no resultado funcional por potenciar a reinervação dos músculos intrínsecos da mão, com diminuição do tempo de reabilitação motora.
Métodos: Estudo retrospetivo de todos os pacientes tratados com neurotização T-L com AIN para nervo cubital entre 2014 e 2021.Foram revistos todos os registos peri-peratórios até à avaliação clinica de 9 meses após a cirurgia. As diferenças funcionais do pré e pós-operatório da mão afetada foram realizadas por testes musculares manuais (força em pinça) e em alguns casos, por resultado eletromiograma (EMG) após a cirurgia. Os preditores de mau prognóstico do resultado funcional foram considerados, como:o nível e o grau de lesão nervosa, o tempo decorrido da lesão, entre outros.
Resultados: Neste estudo foram incluídos nove doentes tratados com transfer nervoso T-L de IAN.As lesões do nervo cubital são de diversas etiologias, mas todas elas apresentavam clínica de hipotrofia e fraqueza dos músculos intrínsecos da mão, bem como, EMG com evidência de sinais desinervação muscular do primeiro interósseo dorsal. Os resultados mostraram melhoria franca,em menos de 6 meses, da força em pinça. Doentes com graus de lesão nervosa mais severa, apresentaram resultados funcionais menores. A técnica de transfer nervoso descrita esteve, na maioria dos caos, associada a exploração da lesão de nervo cubital, e sua correção quando possível. Nesse sentido, foi difícil determinar o contributo real do transfer nervoso T-L. Relativamente às sequelas relacionadas com o nervo dador, não há a referir nenhuma queixa ou sintoma pelos doentes incluídos no estudo.
Conclusão: Os transferes nervosos T-L pelo IAN devem ser sempre considerados nas lesão mais graves e a níveis mais proximais do nervo cubital. Esta técnica mostra uma melhoria franca funcional e em menor tempo, com melhores resultado de força muscular, em comparação, com as técnicas de reparações nervosas, como procedimentos de correção nervosa isolados. Por outro lado, esta técnica não condiciona a exploração da lesão nervosa cubital, no mesmo tempo ou em segundo tempo cirúrgico – conceito *Supercharged*. A salientar também, a baixa morbilidade associada a este procedimento.

CO 25

ARTROPLASTIA TOTAL TRAPÉZIO-METACARPIANA: RESULTADOS A CURTO-MÉDIO PRAZO

Guilherme Correia; Paulo Cunha; Tiago Barbosa; César Correia; Melanie Ribau; Pedro Varanda; Elisabete Ribeiro; Juvenália Ribeiro; Luís Filipe Rodrigues
Hospital de Braga

Objetivos: A artroplastia trapézio-metacarpiana (ATMC) constitui uma opção terapêutica no tratamento de rizartrose. Relativamente a outros procedimentos, tem demonstrado maior

consistência na preservação do comprimento, força e função do polegar, permitindo também um menor tempo de reabilitação. Este trabalho tinha por objetivo analisar os resultados clínicos e radiológicos, assim como complicações, a curto-médio da prótese de MAÏA® (*Lépine, Genay - France*) após a sua introdução na nossa instituição.

Material e métodos: Análise retrospectiva de doentes submetidos a ATMC com prótese de MAÏA® (*Lépine, Genay - France*) com pelo menos 3 anos de seguimento.

Resultados: Entre 2015 e 2017, foram submetidos a ATMC com prótese de MAÏA® um total de 22 doentes (21 do sexo feminino e 1 do sexo masculino) com idade média 60.09 ± 6.60 anos. Destes, 4 tinham rizartrose grau II e 18 grau III segundo a classificação de Eaton-Littler. O tempo médio de seguimento foi de 56.41 ± 5.98 meses. A taxa total de revisão foi de 13.6% (2 casos por luxação e 1 por descelamento do componente do trapézio). Não foi registada qualquer infeção. O grau de satisfação com o resultado da cirurgia foi de 85.6% e a classificação média do score QuickDASH foi de 26.70 ± 31.07.

Conclusões: A ATMC permite obter bons resultados funcionais e radiológicos no decurso do tratamento da rizartrose. A análise dos nossos doentes demonstra um grau de satisfação elevado mesmo após 3 anos, com uma sobrevida do implante de 86%. As A taxa de complicações reportada é sobreponível à encontrada na literatura.

CO 26

INDICAÇÕES PARA USO DE *WIDE-AWAKE LOCAL ANESTHESIA NO TOURNIQUET* EM FRACTURAS DISTAIS DO RÁDIO

Raquel Ricardo; Nádia Oliveira; André Vinha; Filipe Castelo; Bárbara Costa; Ricardo Sousa; Cláudia Santos
Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira, Covilhã, Portugal

Wide-awake local anesthesia no tourniquet (WALANT) é uma técnica anestésica local na qual é utilizada uma solução constituída por adrenalina, bicabornato e lidocaína que elimina a necessidade de garrote.

A anestesia WALANT foi utilizada inicialmente no tratamento cirúrgico de patologias minor de mão e punho como o dedo em gatilho, síndrome do túnel cárpico, tenorrafias, entre outros. Mais recentemente tem havido uma expansão da sua utilização, onde se inclui o tratamento cirúrgico de fraturas da mão e do punho.

Trata-se de uma técnica segura e cómoda para o doente que pode ser utilizada em contexto de bloco operatório de ambulatório diminuindo drasticamente o risco anestésico associado habitualmente à anestesia geral, bloqueios nervosos ou sedação e que permite aumentar a disponibilidade do bloco operatório central e equipa anestésica para outro tipo de procedimentos cirúrgicos.

Em contexto de pandemia devido ao vírus SARS-CoV-2 estas vantagens adquiriram ainda maior relevância.

Este trabalho tem como objetivo descrever 2 casos clínicos de fraturas do rádio distal submetidos a redução de aberta e osteossíntese com placa volar via urgência sob anestesia WALANT no nosso Centro Hospitalar e rever a da literatura existente com objetivo de estabelecer critérios relativos aos doentes e tipos de fratura que mais beneficiam desta abordagem.

CO 27

ALGONEURODISTROFIAS NUMA SÉRIE DE 67 CASOS DE FRACTURAS DISTAIS DO RÁDIO TRATADAS POR ENCAVILHAMENTO COM FIOS DE KIRCHNER (TÉCNICA DE PY) – ANÁLISE DOS FACTORES PREDISPONENTES

J. C. Botelheiro
Cirurgia Ortopédica do Punho e Mão, Hospital Lusíadas Lisboa

Introdução: Era clássico atribuir-se o aparecimento de uma algoneurodistrofia postraumática a factores psicológicos, o que estudos psicológicos recentes não confirmaram, apesar da "impressão clínica" que cirurgiões experientes mantêem.

Material e método: Revimos os processos clínicos de uma série de 67 fracturas distais do rádio tratadas da mesma forma (encavilhamento com fios K de Py) numa tentativa de descobrir eventuais factores predisponentes para o aparecimento de algoneurodistrofias (síndroma de dor complexa regional CRPS), nomeadamente toma de psicotropos (referida na consulta de anestesia), sexo e acidentes laborais.

Dos 67 casos, 35 eram do sexo masculino, 31 eram punhos esquerdos e 38 acidentes laborais. A idade variava entre os 35 e os 88 anos, com uma média de 54.

Resultados: Com base em critérios clínicos e radiológicos (atrofia óssea de Sudeck), encontrámos 9 algodistrofias *minor* e 2 *major* (sindromas "ombro-mão") em 8 mulheres e 3 homens, distribuição comum a muitos outros estudos. Nenhum tinha lesão nervosa identificável, eram portanto todas algodistrofias de tipo 1.

De acordo com os registos das consultas de anestesiologia pré-operatórias, 9 doentes (1 homem) tomavam regularmente medicação psiquiátrica (diazepinas à noite excluídas) e tiveram 5 algodistrofias (1 *major*). Nos outros 58 doentes apenas 6 algodistrofias (1 *major*), o que é altamente significativo.

Nos 38 casos de acidentes laborais (sobretudo homens) foram registadas 6 algodistrofias o que não é significativo.

Conclusão: Segundo estes resultados: preliminares, uma predisposição psicológica para a algodistrofia pos-traumática não deve ser excluída.

CO 28

ARTROPLASTIA TRAPEZIOMETACÁRPICA PARA TRATAMENTO DE RIZARTROSE – REVISÃO DE 15 CASOS COM *FOLLOW-UP* MÍNIMO DE 12 MESES

Inês Domingues; Rui Cunha; Liliana Domingues; Eduardo Silva; Gonçalo Lavareda; Sofia Carvalho; Filipe Machado; João Neves; Catarina Bispo
Hospital Ortopédico Sant'lago do Outão

Objetivos: A rizartrose é uma patologia frequente e muitas vezes incapacitante, provocando dor, limitação de mobilidade e diminuição da força. Após a falência do tratamento conservador, existem múltiplas técnicas cirúrgicas que podem ser utilizadas no tratamento desta patologia, como trapezectomia, artrodese ou artroplastia, por exemplo. O objetivo deste trabalho é avaliar o resultado clínico de um grupo de doentes submetidos a artroplastia trapeziometacárpica total para tratamento de rizartrose.

Materiais e métodos: Foi realizada uma avaliação retrospetiva de 15 artroplastias trapeziometacárpicas em 13 doentes. Em todos os casos foi utilizada uma prótese trapeziometacárpica de dupla mobilidade não cimentada e todas as cirurgias foram realizadas no mesmo centro hospitalar. O resultado clínico em termos de funcionalidade e dor foi avaliado com recurso ao score QuickDASH pré e pós-operatório. Foi avaliada a força muscular da mão operada comparativamente à força no pré-operatório. Foi também realizada avaliação radiológica pré-operatória para estadiamento da rizartrose e pós-operatória para avaliação do posicionamento do implante e eventual

osteólise ou outras complicações. O período médio de seguimento foi de 21,9 meses.

Resultados: A idade média dos doentes avaliados foi 60,7 anos, variando entre 51 e 73. A maioria (93,3%) eram do sexo feminino. Globalmente, houve uma melhoria clínica em termos de função e dor, de acordo com os resultados do questionário QuickDASH, com um valor pré-operatório médio de 52,8 e pós-operatório de 17,1. Não parece existir correlação estatisticamente significativa entre o grau de melhoria deste score e a idade do doente no momento da cirurgia. Verificou-se ainda um aumento global da força da mão operada relativamente ao pré-operatório. A taxa de revisão da artroplastia foi de 6,7% (1 caso), por falência protésica, com necessidade de trapezectomia e suspensoplastia com *Mini TightRope*. Não houve complicações nos restantes casos, até ao momento da avaliação.

Conclusões: O resultado desta avaliação revela um impacto positivo significativo da artroplastia trapeziometacárpica de dupla mobilidade não cimentada no tratamento da rizartrose, com melhoria da dor, força e função da mão operada, com consequente melhoria da qualidade de vida do doente. Serão necessários estudos futuros para avaliação dos resultados a longo prazo, assim como para comparação desta técnica com outros procedimento cirúrgicos direcionados ao tratamento da rizartrose.

CO 29

TRATAMENTO DE RIZARTROSE GRAU IV: CIRURGIA DE PRESERVAÇÃO ARTICULAR

Rita Pereira Cavaca; Paulo Gil Ribeiro; Catarina Quintas; Carla Castro; João Marques; José Alexandre Marques
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Objetivos: A rizartrose é uma condição clínica muito comum afetando cerca de 15% da população com idade superior a 30 anos. Esta incidência aumenta com a idade e o género feminino. Considerada das mais sintomáticas e incapacitantes artroses cárpicas, a rizartrose compreende uma classificação de quatro estadios conforme a sua gravidade imagiológica, descrita por Eaton e Littler. No último estadio da doença – grau IV – existe envolvimento da articulação escafotrapezial, resultando numa artrose pan-trapezial cuja frequência ronda os 8%. Na rizartrose avançada com limitação funcional importante não existe consenso quanto ao melhor tratamento. Neste trabalho apresentamos os nossos resultados no tratamento desta patologia por via artroscópica com dupla interposição tendinosa e preservação articular.

Materiais e métodos: Apresentamos dez casos de rizartrose grau IV tratados artroscopicamente com dupla interposição tendinosa no nosso Hospital, de 2016 a 2019. Neste procedimento foi realizada abordagem artroscópica da articulação escafotrapezial e trapeziomatecárpica, com resseção parcial do trapézio (1 a 2 mm) e dupla interposição tendinosa: escafotrapezial e trapeziometacárpicia. Foi utilizado aloenxerto de tendão semitendinoso, semimembranoso ou tibial anterior do nosso banco de ossos e tecidos. O protocolo pós-operatório incluiu imobilização do primeiro dedo com ortótese durante cinco semanas seguido de uso parcial durante a noite até aos dois meses. A reabilitação e fisioterapia teve duração de três a cinco semanas.

Resultados: A idade média dos doentes é de 63,7 anos ± 8 sendo 57% do género feminino. O seguimento mediano foi de três anos. A média da escala visual de dor pré-operatória foi de 8,1, tendo este valor sido alterado para 2,35 um ano após o procedimento. No último controlo pós-operatório a média do teste QuickDash foi de 7,4 ± 6,5 e a da escala de Kapandji de 9 ± 1. Aos 2,7 anos de pós-operatório, média de seguimento, a força de preensão e ROM apresentavam excelentes resultados. Descrevemos uma complicação

ao ano de cirurgia com protusão de enxerto.
Conclusão: Com este trabalho pretendemos apresentar uma nova técnica de tratamento artroscópico que preserva as articulações, evita o colapso da coluna radial e subsequentemente instabilidade cárpica, obtendo excelentes resultados funcionais com melhoria da dor. A diminuição do tempo cirúrgico pelo uso de aloenxerto demonstrou bons resultados com mínimas complicações, com redução do risco infecioso.

CO 30

FRATURA DO ESCAFÓIDE: REDUÇÃO ASSISTIDA POR ARTROSCOPIA E FIXAÇÃO PERCUTÂNEA PRODUZEM BONS RESULTADOS, EXPERIÊNCIA DE 13 CASOS EM 6 ANOS PELA MESMA EQUIPA CIRÚRGICA

João Luís Silva1; António Serrano1; Hugo Ribeiro1; Raquel Teixeira1; Carla Nunes2;3
1 – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital de S. Francisco Xavier 2 – Hospital CUF Tejo 3 – Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa

Objetivos: Avaliar os resultados da reconstrução artroscópica do escafóide com fratura aguda.
Métodos: Revisão retrospetiva de 18 doentes com fratura do escafóide intervencionados pela mesma equipa cirúrgica dedicada a Mão e Punho (dezembro/14-abril/21). Excluídos <18 anos, com fratura ou luxação no mesmo membro, artrose do punho, com *follow-up* (FU) <3 meses, com avaliação final de 13 doentes. Antes da cirurgia foi realizada TC do punho. A fratura foi classificada segundo Herbert. A fixação foi realizada com recurso a parafuso compressivo tipo Herbert (PCH) ou fios de Kirschner (fios K). Como outcome primário os autores estabeleceram a consolidação em TC às 12 semanas. No pós-operatório todos os doentes foram submetidos a TC nessa data com o mesmo protocolo de aquisição, verificando a percentagem de ponte trabecular em corte sagital medida pelo mesmo observador e considerada consolidada se classificada no terceiro ou quarto grau de união segundo Singh. Como outcomes secundários foram definidos a recuperação da mobilidade por comparação com membro contralateral e a ocorrência de complicações, como dor, infeção superficial ou falência da fixação.
Resultados: O *follow-up* médio foi de 31 meses (3-80). 11 doentes do sexo masculino, 2 do sexo feminino, idade média de 30 anos (18-59). O tempo médio de espera desde a fratura até à cirurgia foi de 14 dias (5-27). Quanto à fratura foram classificadas 1 tipo B1, 6 tipo B2, 2 tipo B3 e 4 tipo B4. Eram fumadores 30,8% dos doentes. A fixação foi feita com PCH em 9 doentes, com fios K em 3 e com ambos os métodos em 1 doente. Houve consolidação às 12 semanas em 69,2% dos doentes. Os 4 doentes que não obtiveram consolidação até aí foram admitidos com o diagnóstico inicial de luxação transescafo-perilunar e obtiveram consolidação posteriormente. 11 doentes encontravam-se sem dor, dois com dor em carga (VAS de 3,8 e 5,2). A mobilidade foi reestabelecida com valores médios de flexão de 48,5º (34º-75º), extensão 50,3º (30º-65º), pronação 90,0º (todos 90º) e supinação 89,1º (85º-90º). A força foi recuperada com retoma da atividade laboral e desportiva. O score QuickDASH médio foi de 20,45 (2,3-38,6). Ocorreu 1 complicação major (consolidação viciosa).
Conclusões: A artroscopia no controlo da redução apresenta bons resultados clínicos no tratamento da fratura do escafóide. A luxação transescafo-perilunar parece atrasar a consolidação. As conclusões são limitadas pelo desenho retrospetivo e pequeno tamanho da amostra.

Posters Digitais

PD 01

PSEUDOTUMOR FIBRO-ÓSSEO DOS DEDOS. A PROPÓSITO DE UM CASO RARO E REVISÃO DA LITERATURA

João Nunes Pombo Artur Nixon Martins Catarina Paias Gouveia Gaizka Ribeiro
CHULN - Hospital de Santa Maria

O pseudotumor fibro-ósseo dos dígitos (FOPD) é um tumor benigno raramente descrito na literatura cuja apresentação clínica inicial pode mimetizar um tumor maligno. Apresentamos um caso clínico de uma doente do género feminino, 66 anos, que recorreu ao serviço de urgência por uma massa ulcerada, indolor, com um ano de evolução e crescimento acentuado no último mês no dorso do 5º dedo com limitação marcada da flexão da articulação IFP. A ecografia mostrava uma massa hipoecogénica com sinal de doppler positivo. Devido às suas dimensões, rápido crescimento no mês anterior à cirurgia e ulceração, foi feita excisão da massa. O defeito resultante foi coberto com retalho perfurante da 4ª artéria metacárpica dorsal não se verificando sinais de recorrência nos 12 meses seguintes à cirurgia. A análise histológica permitiu o diagnóstico de FOPD. Neste trabalho foi feita uma revisão de todos os casos de FOPD descritos na literatura.

PD 02

FRATURA COMINUTIVA DO TRAPÉZIO – CASO CLÍNICO

Sónia Rodrigues; Raquel Marques; Ricardo Teixeira; Ana Batista; Carmen Silva
Centro Hospitalar Médio Tejo

As fraturas do trapézio são raras, representando apenas 3 a 5 % de todas as fraturas do carpo1. Em 80% dos casos estão associadas a outras lesões do carpo e metacarpo. 2 São mecanismos de alta energia como acidentes de viação e quedas de altura. São frequentemente subdiagnosticadas na abordagem inicial, requerendo elevado índice de suspeição clínica. Apresentamos um caso clínico de um doente com fratura isolada do trapézio.

Homem de 36 anos, operador de máquinas, destro, deu entrada no serviço de Urgência vítima de acidente de viação, com TCE, traumatismo do punho direito e do ombro esquerdo. Clínica de dor, edema e equimose na região da tabaqueira anatómica, com limitação do arco de mobilidade. Sem défices neurovasculares. A radiografia simples do punho evidenciava uma fratura cominutiva isolada do trapézio com migração proximal de M1. Realizada TC articular do punho para planeamento cirúrgico. Classificação: Walker grau V; AO 24.C3

Devido à complexidade da lesão e extensa destruição da superfície articular optou-se por realizar, em primeiro tempo, trapezectomia com suspensoplastia M1-M2 com *Mini Tight-Rope* (Arthrex), que decorreu sem intercorrências. Iniciou mobilização ativa no pós-operatório imediato, com carga progressiva a partir das 6 semanas. Aos 3 meses regressou à atividade laboral sem queixas álgicas ou limitação do arco de mobilidade, com um DASH Score de 11,6.

As fraturas do trapézio, apesar de raras, podem comprometer a biomecânica do punho. O diagnóstico faz-se por radiografia simples face e anteroposterior, podendo utilizar-se a também a incidência de Robert. A TC articular é útil para planeamento cirúrgico.

De entre as fraturas do trapézio, as cominutivas são descritas como as mais raras, sendo o tratamento algo controverso. Existem várias opções terapêuticas: conservador quando não existe perda da altura, redução fechada e fixação com fios de Kirshner, osteossíntese com parafusos, osteotaxia com fixador externo, tendo todas como objetivo a obtenção de congruência articular. Neste caso, devido a cominuição optou-se pela trapezectomia e suspensoplastia M1-M2 com *Mini Tight-Rope*

(Arthrex) por ser muito improvável conseguir uma redução adequada da superfície articular com osteossíntese.
Em casos incomuns de fratura cominutiva do trapézio pode-se ponderar a utilização da suspensoplastia com *Mini Tight-Rope*, dado que permite manter a altura e estabilidade do 1º metacarpo, permitindo ainda mobilização e reabilitação precoce.

PD 03

POSTER RETIRADO

PD 04

DERMATOFIBROSSARCOMA PROTUBERANTE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Patrícia Costa; Maria Albuquerque; Diogo Guimarães; Diogo Casal; Maria Manuel Mouzinho
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

O dermatofibrossarcoma protuberante (DP) representa menos de 0,1% de todos os tumores cutâneos, sendo, no entanto, considerado o sarcoma da pele mais comum. Tem origem na derme e tende a infiltrar as estruturas subjacentes, incluindo músculos, tendões, fáscia e osso. Apesar do seu baixo potencial de metastização e crescimento habitualmente lento, apresenta uma elevada taxa de recidiva local. O erro de diagnóstico é comum nesta patologia, levando, por vezes, à progressão da doença para estadios mais avançados com necessidade de resseções cirúrgicas mais alargadas e a um maior desafio reconstrutivo. Um homem de 36 anos recorreu à consulta de Cirurgia Plástica por apresentar um tumor multinodular de grandes dimensões localizado à região axilar esquerda com 3 anos de evolução e crescimento progressivo. Foi realizada biópsia da lesão, que revelou a presença de um DP, pelo que o doente foi submetido a resseção alargada do tumor, resultando um defeito tegumentar considerável na região axilar. Optou-se pela reconstrução imediata com matriz de regeneração dérmica (Integra®). Após o resultado do relatório anatomo-patológico que revelou excisão completa do tumor, procedeu-se à cobertura do defeito com enxerto de pele parcial espessa colhida nos quadrantes inferiores do abdómen. Foi feito o encerramento das zonas dadoras de pele da região abdominal inferior com retalhos de avanço. Após 3 anos de *follow-up*, não se observou qualquer recidiva local ou à distância e o doente apresenta um bom resultado estético e funcional.
O DP é um tumor maligno raro com crescimento essencialmente local, infiltrando progressivamente os tecidos em profundidade. Atendendo ao crescimento lento e à raridade da patologia, o seu diagnóstico é frequentemente desconsiderado. Este tumor caracteriza-se por uma recidiva local frequente pelo que se torna essencial uma resseção com margens de segurança alargadas. A matriz de regeneração dérmica constitui uma solução reconstrutiva importante às soluções reconstrutivas tradicionais, mais complexas, com retalhos loco-regionais ou à distância, permitindo uma boa cobertura temporária enquanto se aguarda a avaliação anatomo-patológica das margens cirúrgicas. Confere ainda uma cobertura definitiva estável com excelentes resultados estéticos e funcionais e com uma menor morbilidade para o doente.

PD 05

LUXAÇÃO IRREDUTÍVEL DA ARTICULAÇÃO INTERFALÂNGICA PROXIMAL COM INTERPOSIÇÃO DO LIGAMENTO COLATERAL CUBITAL

Emanuel Seiça; Fábio Fernandes; Diogo Gameiro; Miguel Botton; Catarina Bispo; Daniel Peixoto
Hospital Distrital da Figueira da Foz Hospital CUF descobertas

Objetivos: Luxações irredutíveis das articulações interfalângicas proximais dos dedos da mão são lesões raras na prática clínica, não devendo ser ignoradas, podendo conduzir a

grande limitação funcional.
A intervenção cirúrgica pode ser difícil e desafiante devido à vasta etiologia das luxações irredutíveis, apresentando-se como um verdadeiro desafio a qualquer cirurgião especializado. Foi objetivo relatar um caso de luxação irredutível de etiologia complexa e seu tratamento cirúrgico.
Materiais e métodos: Apresentamos um caso de um paciente do sexo masculino com 19 anos, observado em consulta de ortopedia, referenciado por luxação irredutível da articulação interfalângica proximal do 4º dedo da mão direita dominante. Previamente havia sofrido traumatismo direto sobre o membro direito, na sequência de uma queda da própria altura enquanto praticava râguebi. No local, procedeu-se à primeira tentativa de redução sem sucesso, foi posteriormente submetido a uma nova tentativa de redução em meio hospitalar, esta também sem sucesso. Foi então referenciado para a consulta de ortopedia, tendo sido proposto o tratamento cirúrgico.
Resultados: Através de uma incisão em S sobre a face dorsal da primeira e segunda falange do 4º dedo, intra-operatóriamente, era visível a interposição do ligamento interfalângico proximal cubital, com rotura junto à sua inserção na falange proximal. Procedeu-se à remoção do mesmo de dentro da articulação, com consequente redução. De seguida procedeu-se à reparação com âncoras. A intervenção ocorreu sem intercorrências, tendo sido realizada com controlo imagiológico intra-operátorio com recurso a intensificador de imagem. A paciente teve alta no mesmo dia da cirurgia, em regime de ambulatório, com início de mobilização ativa precoce. Acompanhou-se o pós-operatório em consulta externa. Seis meses após a intervenção, o doente apresenta-se com recuperação completa, tendo regressado às suas atividades de vida diárias sem limitações.
Conclusão: As luxações irredutíveis da articulação interfalangica proximal são raras e difíceis de tratar corretamente. O tratamento cirúrgico correto assenta no planeamento completo e minucioso, conduzindo a uma intervenção com primor pela precisão e o reparo dos tecidos moles periarticulares envolvidos. Devem ser evitadas tentativas de redução fechada repetidas e sem compreensão da lesão.

PD 06

RARO CASO DE FRATURA DO ESCAFOIDE EM DOENTE COM COALIÇÃO LUNO-PIRAMIDAL

Emanuel Seiça; Fábio Fernandes; Diogo Gameiro; Miguel Botton; Catarina Bispo; Daniel Peixoto
Hospital Distrital da Figueira da Foz Hospital CUF Descobertas

Objetivos: A coalição/fusão dos ossos do carpo é uma malformação congênita que ocorre devido a um defeito de segmentação nos ossos do carpo. A primeira descrição na literatura ocorre em 1779 através de Sandfort. A incidência varia entre 0,08% e 0,13%, com predominância no sexo feminino (ratio de 2:1). Existe forte componente genético, surgindo ocasionalmente associada a síndromes congénitos como artrogripose, síndrome de Holt-Oram, sinfalangismo hereditário, e síndrome de Turner. A forma de coalição mais comum ocorre entre o osso piramidal e o semilunar. Por norma não produz sintomas, e a maioria dos pacientes são diagnosticados acidentalmente após estudo radiográfico realizado no contexto de trauma. Existe a possibilidade de se tornar sintomática quando ocorrem alterações na biomecânica e no balanço ligamentar no punho.
Materiais e métodos: Apresentamos o caso de uma paciente do sexo feminino com 29 anos com coalição luno-piramidal bilateral, observada no serviço de Urgência com queixas de dor e edema do punho direito (mão dominante). Totalmente assintomática previamente ao episódio traumático, foi submetida a estudo imagiológico que revelou uma fusão

entre o osso luno-piramidal grau III de Minaar, sem sinais degenerativos em redor, e fratura do terço médio do escafoide. O tratamento cirúrgico foi proposto.

Resultados: Através de uma incisão volar do punho, procedeu-se à redução fechada e fixação interna do escafoide com um parafuso de compressão intramedular, com interposição de enxerto ósseo autólogo do rádio distal; procedeu-se à estabilização adicional com artropexia da articulação escafo-capitato com um fio de Kirschner. A intervenção ocorreu sem intercorrências. A paciente teve alta no mesmo dia da cirurgia. Acompanhou-se o pós-operatório em consulta externa. 6 meses após a intervenção, a doente apresenta-se com recuperação completa, tendo regressado às suas atividades de vida diárias sem limitações. Não foi reportada qualquer sintomatologia referente a coalição luno-piramidal.

Conclusões: Apesar de rara, a presença de uma coalição luno-piramidal exige um especial cuidado no tratamento de lesões concomitantes. O balanço ligamentar e a biomecânica normal do punho são cruciais, pelo que qualquer lesão que interfira nalgum destes fatores, tem o potencial de transformar um achado imagiológico num quadro patológico com implicações na qualidade de vida do paciente. O tratamento atempado e dirigido a patologia concomitante é de importância fulcral.

PD 07

OPERAÇÃO DE DARRACH E TRANSFERÊNCIA TENDINOSA SIMULTÂNEA: 2 CASOS DE SÍNDROME VAUGHAN-JACKSON

Diogo Lacerda[1]; André Ferreira[1]; Inês Palma[1]; Luís Araujo[1]; Dunio Pacheco[1]; Raquel Teixeira[2]; Inês Pedro[1]; Carla Nunes[3]

[1]Hospital Ortopédico de Sant'Ana; [2]Hospital S. Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; [3]CUF Tejo, Hospital Cruz Vermelha Portuguesa

Introdução: As lesões causadas pela artrite reumatoide no punho são responsáveis por deformidades e limitações funcionais significativas.

A síndrome de Vaughan-Jackson corresponde à rotura dos tendões extensores dos dedos (geralmente 4º e 5º raio) devido ao atrito provocado pela proeminência dorsal da extremidade distal do cúbito (caput ulna) em casos de doença avançada e requer tratamentos cirúrgicos complexos.

Materais e métodos/objectivo: Relatar dois casos clínicos tratados cirurgicamente destacando a necessidade de tratamento abrangente e do conhecimento da fisiopatologia subjacente.

Resultados: Caso1: Masculino, 70 anos, antecedentes pessoais de patologia osteoarticular não esclarecida. Observado por limitação da extensão do 4º e 5º dedos da mão esquerda. Radiografia com destruição da articulação rádiocarpica e da articulação rádio-cubital distal. Encaminhado a consulta de Reumatologia, tendo sido realizado o diagnóstico de artrite reumatoide.

Caso 2: Feminino, 67 anos, antecedentes de artrite reumatoide medicada com biológicos e corticoide, já com deformidade significativa dos punhos e mãos. Observada por dor na extremidade distal do punho esquerdo e incapacidade para extensão do 4º e 5º dedos. Nos dois casos foi realizado procedimento de Darrach, colheita do extensor próprio do indicador (EPI), tenodese 4º extensor comum dos

dedos ao 3º, tenodese do EPI aos extensores do 5º dedo (extensor comum e extensor do 5º dedo), plastia capsula volar ao coto cubital e plastia do retináculo dos extensores.
Ambos os doentes apresentam-se aos 3 meses de pós-operatório funcionalmente bem, sem dor e sem deformidade cubital. Realizam extensão completa dos dedos, no 1º caso com ligeira limitação no 5º dedo. Nenhum dos doentes apresenta limitação da extensão do 2º dedo.
Conclusões: A síndrome Vaughan-Jackson compromete a qualidade de vida do doente e evolui rapidamente.
Como a deterioração é inevitável e iminente, o tratamento cirúrgico deve abordar as causas que intervêm na fisiopatologia. As opções de tratamento consistem na reconstrução e/ou transferência tendinosa, além da ressecção da extremidade distal do cúbito e de osteófitos e, se necessário, sinovectomia. Essas correções anatómicas irão prevenir a progressão e restaurar a função.
É imprescindível ter um alto grau de suspeita para fazer um diagnóstico preciso e precoce e o tratamento cirúrgico deve ser realizado de maneira oportuna de forma a melhorar o resultado funcional destes doentes.

PD 08

NEOPLASIAS DE TECIDOS MOLES DA MÃO – CASOS FREQUENTES NA PRÁTICA CLÍNICA

Sara Carvalho; Diogo Guimarães; Miguel Matias; Carlos Correia)
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Objetivos: As neoplasias da mão são uma patologia comum na prática clínica do cirurgião da mão. Estas distribuem-se entre as neoplasias benignas ou malignas da pele, de tecidos moles e do osso. Este trabalho tem como objetivo sistematizar a abordagem de diagnóstico e tratamento dos tumores de tecidos moles da mão, com a ilustração de casos frequentes na prática clínica.
Material e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica das características, abordagem e tratamento das neoplasias da mão, com especial foco nas neoplasias dos tecidos moles, ilustrada com casos da prática clínica.
Resultados: Entre as mais frequentes neoplasias de tecidos moles da mão encontram-se o quisto sinovial, o tumor de células gigantes, o lipoma, o quisto de inclusão e de reação a corpo estranho. O crescimento indolente, a localização ou história de trauma podem sugerir o diagnóstico de benignidade. No entanto, quando a história e exame objetivo não são esclarecedores, os exames complementares de diagnóstico podem contribuir para orientar e planear o tratamento e apenas a análise histopatológica da peça operatória fornece o diagnóstico definitivo.
Serão apresentados casos clínicos referentes às seguintes neoplasias: quisto sinovial, tumor de células gigantes, lipoma, quisto queratinocítico e neuroma do nervo mediano.
Conclusão: As neoplasias de tecidos moles ocorrem com menor frequência na mão, face a outras regiões anatómicas. Estas são na sua maioria benignas, no entanto a apresentação pode ser pouco esclarecedora, motivo pelo qual o tratamento cirúrgico e análise histopatológica da massa assumem um papel importante no seu diagnóstico e orientação terapêutica. Conhecer as principais características das mais frequentes, abordagem e tratamento são fundamentais para a prática clínica do cirurgião.

PD 09

REABILITAÇÃO DA MÃO ATRAVÉS DE UMA APLICAÇÃO PARA TABLET: ADESÃO A UM PLANO DE EXERCÍCIOS EM CASA

Filipa Santos Mendes
Manustrata

Aim: *Patient cooperation and satisfaction with home exercise programs are important for successful outcomes of intervention. Many*

studies in different hand pathologies have demonstrated that early intervention and regular exercises are crucial to functional recovery. Despite that, adherence to home exercises in rehabilitation is a significant multifactorial problem, and the reasons for that need to be considered by therapists in the design of personalized exercise programs.Technology--enhanced tools are available, and many are being developed, for clinicians to use with their patients and innovate in home exercises prescription. However, there is limited research investigation about the effectiveness of such interventions and even more about adherence improvement. The recent pandemic emphasizes the need for the patient to be empowered in their treatment and to be able to perform exercises autonomously and not just dependent on face-to-face treatment. On the other hand, the therapist needs to be sure that the patient really does the proposed exercises, that he is able to perform them correctly and also measure objective progressions.

The primary aim of the study was to evaluate whether a tablet application exercise system improves adherence to a home exercise program for people with hand pathologies. Secondary outcomes were satisfaction with exercise delivery and confidence in skill to undertake prescribed exercise.

***Methods:** This is a Quasi Experimental Pilot Study. In addition to a conservative treatment, patients were divided in two groups 1) Control: conventional home exercise prescription 2) Intervention: Exercise prescription with a tablet application.*

***Conclusion:** This pilot study shows that a home-based program using a tablet application can contribute to improve adherence to treatment. It is important to provide the patient a structured and objective program to develop patient confidence in understand and perform the exercises.*

Also, to improve clinical practice, it is important for the therapist to have objective ways to measure if the patient is performing the prescribed exercises, and which are their difficulties. Therapists must take advantage of objective and motivational tools.

Although additional high-level studies with larger sample sizes are needed. The effectiveness of this assumptions should be determined by proper studies like randomized clinical trials.

PD 10

LESÃO IATROGÉNICA DO RAMO DE BERRETTINI DURANTE A LIBERTAÇÃO DO NERVO MEDIANO

Raquel Ricardo; Nádia Oliveira; André Vinha; Filipe Castelo; Bárbara Costa; Ricardo Sousa; Cláudia Santos

Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira; Covilhã; Portugal

Na literatura podemos encontrar a descrição de múltiplas anastomoses entre o nervo mediano e o nervo ulnar. A anastomose Berrettini é caracterizada por uma conexão entre os nervos digitais comuns do nervo mediano e cubital a nível da mão. Existem 4 tipos sendo o mais frequente o tipo I que surge imediatamente após o limite distal do ligamento transverso do carpo e segue um curso oblíquo.

No estudo Marios Loukas. *et al*. foi avaliada a incidência desta anastomose (aproximadamente 85%), pelo que devia ser considerada uma estrutura normal da anatomia desta região e não uma variação anatómica.

Apesar do tipo I ser a sua apresentação mais comum existem outras variantes desta anastomose, nomeadamente aquela em que a mesma surge proximal ao bordo distal do ligamento transverso do carpo (tipo III) com uma incidência de 3,5% (Marios Loukas *et al*.). Este tipo de anastomose de Berrettini que surge dentro do túnel cárpico está sujeita a maior risco de lesão iatrogénica durante a cirurgia de libertação do nervo mediano.

Neste contexto, reportamos o caso de uma mulher de 65 anos, submetida eletivamente e em contexto de cirurgia de ambulatório com anestesia local WALANT, a libertação do nervo mediano por via aberta que, intra-operatoriamente, se verificou uma anastomose de Berrettini localizada dentro do túnel cárpico, após ter ocorrido lesão iatrogénica da mesma. Procedeu-se à coagulação do couto do nervoso, com objetivo de evitar a formação de neuroma.

Na consulta de revisão às seis semanas de pós-operatorio a doente referia dor a nível da cicatriz mas negava parestesias ou perda de sensibilidade.

Vários autores concordam que a anastomose de Berrettini está em risco de lesão iatrogénica, não só durante cirurgias de liberação do nervo mediano, mas também na cirurgia de dedo em gatilho do quarto dedo e na fasciectomia de Dupuytren pelo que, é extremamente importante o conhecimento da sua existência de forma a evitar a sua lesão, uma vez que apesar de se tratar de uma estrutura designada como variação anatómica tem uma incidência bastante elevada.

PD 11

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTROSE RADIOCÁRPICA COM EXÉRESE DA PRIMEIRA FILEIRA DO CARPO E RESURFACING DO GRANDE OSSO

Paulo Diogo Cunha; Jóni Nunes; Guilherme Correia; Melanie Ribau; Tiago Barbosa; César Correia; Elisabete Ribeiro; Pedro Varanda; Luís Filipe Rodrigues
Hospital de Braga

Objetivo: Pretende-se demonstrar os resultados funcionais de um doente com artrose radiocárpica pós traumática devido a um *scaphoid non union advanced colapse* (SNAC wrist) submetido a tratamento cirúrgico com exérese da primeira fileira do carpo e artroplastia do grande osso com prótese de pirocarbono.

Material e métodos: Foi operado um paciente de 51 anos, sexo masculino, escultor de profissão. Apresentava sequelas de fratura do escafóide do carpo direito com aproximadamente 20 anos de evolução. Clinicamente com dor e instabilidade radiocárpica. Radiograficamente apresentava colapso do escafóide e semilunar, osteoartrose radiocárpica avançada e desvio proximal do grande osso (SNAC Wrist grau III). Foi submetido em 2018 a exérese da primeira fileira do carpo e artroplastia do grande osso com prótese de pirocarbono.

Resultados: Após 2 anos e meio de *follow-up*, o doente apresenta mobilidade do punho satisfatória, com aproximadamente 20º de extensão e 30º de flexão, o que permite a execução da sua atividade laboral. Refere, no entanto, diminuição da força de preensão e dor na região tenar. Nas radiografias de reavaliação não apresenta evidência de osteonecrose ou alterações protésicas, embora com avanço da artrose radiocárpica.

Conclusão: A artrose radiocárpica pós-traumática apresenta um impacto negativo na qualidade de vida dos doentes. Existem várias opções cirúrgicas para o tratamento, desde a exérese da primeira fileira do carpo, protese total do punho, artrodese parcial ou total. No caso apresentado, foi associada à exérese da primeira fileira a artrosplastia do grande osso, o que demonstrou ser uma óptima opção cirúrgica, com resultados satisfatórios, conferindo ao doente uma mobilidade do punho compatível com a execução da sua atividade laboral.

PD 12

CORREÇÃO DE POLEGAR EM ADUÇÃO FIXA APÓS DUPLA LESÃO NERVOSA DISTAL

Ana Rita da Costa Gomes[1]; Arielle Turpin[2]; Ana Fernandes[3]; Victor Fernandes[4]
[1]Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Serviço de Cirurgia Plástica; [2]Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Serviço de Cirurgia Plástica; [3]Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Serviço de Cirurgia Plástica; [4]Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Serviço de Cirurgia Plástica

Objetivos: Descrição de um caso clínico de uma complicação descrita, mas rara, de lesão baixa simultânea dos nervos cubital e mediano numa doente previamente saudável e, ainda, uma combinação única de técnicas cirúrgicas realizadas para restituir a função da mão.

Material e métodos: Doente de 18 anos com lesão baixa dos nervos mediano e cubital com cerca de 1 ano de evolução, da qual resultou atrofia de todos os músculos intrínsecos da mão com contratura do 1º espaço interdigital e deformidade do polegar em adução fixa (*thumb in palm deformity*). Foi realizada uma combinação de procedimentos em apenas um tempo cirúrgico que incluíram a desinserção dos músculos da eminência tenar, 1º interósseo dorsal e adutor do polegar, plastia em Z dupla da 1ª prega interdigital, artrodese da primeira articulação metacarpofalângica, artroplastia trapézio-metacárpica pela técnica de Burton-Pellegrini e oponentoplastia através da técnica de Burkhalter.

Resultados: Juntamente com terapia de reabilitação funcional, obteve-se recuperação da função global da mão em 6 meses após a cirurgia, com capacidade de agarrar objetos restituída, realização de pinça termino-lateral do 1º com o 2º e 3º dedos e oponência do polegar até a base do 4º dedo.

Conclusões: Embora as lesões traumáticas de nervos periféricos do membro superior sejam frequentes na prática clínica, o tratamento das suas complicações pode ser bastante desafiante. Uma combinação de vários procedimentos descritos para outros contextos clínicos pode ser necessária para o tratamento adequado do doente. Deste modo, o caso apresentado demonstra a importância de um conhecimento abrangente da cirurgia da mão e um planeamento cirúrgico individualizado para cada situação clínica.

PD 13

DEFORMIDADE PLÁSTICA DO ANTEBRAÇO EM ADULTO

Joana Contente; Daniela Pereira; Vítor Rodrigues; Carlos Ferreira; Sérgio Figueiredo; Carlos Ramos de Pina
Centro Hospitalar de Leiria

Objetivos: Descrição de um caso clínico e breve revisão bibliográfica do tema.

Material e métodos: A deformação plástica dos ossos do antebraço em adulto é uma entidade extremamente rara, não totalmente compreendida, sem tratamento cirúrgico padrão estabelecido e que pode causar limitações importantes da mobilidade e função. Apenas terão sido reportados 52 casos. Na maioria os doentes foram submetidos a tratamento conservador, sendo o tratamento cirúrgico reservado para lesões não diagnosticadas inicialmente ou após falência do tratamento conservador. A realização de osteotomias únicas encontra-se descrita em 17 casos, apresentando resultados promissores.

Caso clínico: Homem de 19 anos de idade, previamente saudável, observado no serviço de urgência após queda sobre a mão esquerda com o punho em hiperextensão, enquanto praticava skate. Apresentava dor e deformidade significativas no antebraço. As radiografias revelaram fratura da diáfise do rádio associada a deformidade plástica do cúbito com curvatura dorsal e cubital. Não se objetivavam sinais de disrupção da articulação radiocubital proximal ou distal. 3 dias após a admissão procedeu-se

à manipulação fechada da deformidade plástica do cúbito e a redução aberta e osteossíntese com placa e parafusos da fratura do rádio. Por instabilidade da articulação radiocubital distal e manutenção de algum grau de deformidade dorsal do cúbito procedeu-se a osteotomia única e parcial do cúbito, com correção total da deformidade e com estabilização articular.

Resultados: Aos 6 meses de seguimento mantinha mobilidade completa do antebraço e estabilidade articular. Apresentava sinais de consolidação óssea e uma avaliação funcional com QuickDASH de 4.5 pontos, com desconforto ocasional localizado a nível da placa cubital, sem limitações para as atividades diária.

Conclusão: Com base nos conhecimentos atuais este é o 5º caso reportado de deformidade plástica aguda num adulto após queda sobre a mão com o punho em hiperextensão. O tratamento cirúrgico permitiu a correção da deformidade e a estabilização da articulação radiocubital distal e possibilitou a mobilização precoce do antebraço, com bons resultados no seguimento inicial. Embora o tratamento conservador possa conduzir a bons resultados se este for malsucedido ou existirem limitações persistentes da mobilidade do antebraço ou instabilidade da articulação radiocubital a correção cirúrgica da deformidade com recurso a osteotomias é uma alternativa que deve ser considerada.

PD 14

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DO SÍNDROME DO TÚNEL CÁRPICO – REVISÃO DE UMA SÉRIE DE CASOS

João Afonso Martins; Pedro Negrão; Rui Martins; António Sousa
Centro Hospitalar São João

Introdução: Existe controvérsia em relação ao benefício da libertação endoscópica do túnel cárpico *versus* aberto em termos de *pinch/grip strength*, retorno ao trabalho, custos e complicações.

O objetivo do trabalho é descrever uma série de casos consecutivos de doentes, com síndrome do túnel cárpico tratados endoscopicamente,e a sua taxa de complicações.

Material e métodos: Utilizando a terminologia ICD -9, foram identificados retrospetivamente doentes submetidos a libertação cirúrgica endoscópica entre 2017 e 2020, todos tratados pelo mesmo cirurgião no mesmo hospital. Optou-se pela técnica endoscópica monoportal, devido à preferência do cirurgião e vantagem de incisão única.

Este grupo foi avaliado quanto ao sexo acometido, a lateralidade da mão afetada e taxa de complicações.

Resultados: Foram revistos 107 doentes, operados entre 2017 e 2020. Contabilizaram-se 117 mãos intervencionadas, 75,43 % do sexo feminino, 24,57 % do sexo masculino.

Quanto à lateralidade: 52 % do lado direito, 38,2% do lado esquerdo e 9,35% bilateralmente. Dentro das complicações, destacou-se 22,2 % de complicações minor, nomeadamente cicatriz dolorosa (17,1%) e deiscência da ferida (5,1%) e 3,4% de complicações neurológicas.

Destas, 1.7 % (2 doentes) necessitaram de re-intervenção (numa doente por hipostesia do 3º e 4º dedos imediatamente após a cirurgia e noutra por persistência de hipostesia do 4ºdedo após 1 ano de cirurgia) e os restantes 1.7% apresentavam hipostesia temporária de ramos digitais com reversão completa em 4 a 6 meses.

Discussão: Na literatura, está descrito uma taxa de complicações major de 1 a 4 % (nesta revisão foi de 3.4%), lesão nervosa permanente 0.2-0.3 % (1.7% nesta revisão) e necessidade de revisão cirúrgica: 0.5-8% (neste estudo 1.7%).

Na verdade, a libertação endoscópica tem uma incisão menor, com uma cicatriz mais agradável longe da zona de apoio da palma da mão e com menos complicações associa-

das, menos dor no pós-operatório imediato, e um retorno mais rápido ao trabalho/atividades do dia-a-dia, sendo discutível se é um procedimento custo-efetivo.

Conclusão: A técnica de descompressão endoscópica é uma intervenção confiável e eficaz no tratamento da síndrome do túnel do carpo, confirmado pela baixa taxa de complicações obtidas neste estudo. Esta técnica demonstrou ser uma alternativa viável e tão ou mais segura em relação à técnica aberta convencional.

PD 15

UMA LESÃO INCOMUM DO COTOVELO: AVULSÃO DA CRISTA DO MÚSCULO SUPINADOR NUM DOENTE COM FRATURA-LUXAÇÃO DE MONTEGGIA E FRATURA DA CABEÇA RADIAL.

Joana Contente; Daniela Pereira; Carlos Ferreira; Vítor Rodrigues; Sérgio Figueiredo; Carlos Ramos de Pina
Centro Hospitalar de Leiria

Objetivos: Descrição de um caso clínico e breve revisão bibliográfica do tema.

Material e métodos: A avulsão da crista do músculo supinador foi recentemente reconhecida como uma lesão que pode acompanhar as fraturas-luxação de Monteggia, resultando em incompetência do ligamento colateral lateral cubital (LUCL). Embora incomum, alguns autores suspeitam que as fraturas proximais do cúbito podem predispor à rutura do LUCL na sua inserção cubital, em vez de ocorrerem na sua origem umeral. Esta lesão passa facilmente despercebida. A reconstrução inadequada dos ossos do antebraço ou a falência dos estabilizadores do cotovelo pode resultar numa instabilidade crónica desta articulação associada a mau prognóstico.

Caso clínico: Homem de 34 anos, saudável, observado após queda sobre a mão esquerda com o punho em hiperextensão, enquanto praticava ciclismo. Apresentava edema e limitação da mobilidade do cotovelo. Os estudos por tomografia computorizada revelaram fratura-luxação de Monteggia tipo IIC, avulsão da crista do músculo supinador e fratura cominutiva da cabeça radial. Procedeu-se à identificação do fragmento da crista do músculo supinador que continha a inserção do LUCL, artroplastia da cabeça radial e redução aberta e osteossíntese com placa anatómica da fratura diafisária do cúbito. O fragmento da crista do músculo supinador foi reduzido e fixado com duas ancoras e uma placa de mini-fragmentos em batente. Confirmou-se correção do alinhamento ósseo e o braço foi imobilizado.

Resultados: A imobilização foi removida 3 semanas após cirurgia. Foi cumprido um plano de reabilitação. Aos 6 meses objetivavam-se sinais de consolidação óssea, sem e vidência de osteólise peri-implante ou do capitélio. Constatava-se: diminuição de 30º na extensão; pronação e supinação do antebraço e flexão do cotovelo completas e simétricas; manipulação sem sinais de instabilidade ou dor; sem limitações nas atividades de vida diária mas algum desconforto a nível da placa durante a realização de atividades desportivas.

Conclusão: O diagnóstico desta lesão complexa e o seu tratamento cirúrgico permitiu a correção das lesões, com bons resultados no seguimento inicial. Os autores acreditam que é essencial reconhecer esta lesão rara e que o seu tratamento deve ser individualizado. Na maioria dos casos deve ser assegurada uma intervenção cirúrgica precoce, sendo a fixação cirúrgica do fragmento da crista do músculo supinador um fator crucial para restaurar a estabilidade do cotovelo.

PD 16

LIPOMA, UMA LESÃO BENIGNA? UM CASO DE PARALISIA DO NERVO RADIAL

Diogo Andrade Guimarães; Manuel Vilela; Sara Carvalho; Patrícia Costa; Luís Vieira; Luís Ribeiro; David Rasteiro; Maria Manuel Mouzinho
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Objetivos: A compressão do nervo radial no antebraço proximal, ao nível da arcada de Frohse, é conhecida por diferente nomes, incluindo síndrome de túnel radial, síndrome do nervo interósseo posterior (NIP) e síndrome do supinador. A paralisia do NIP secundária a compressão é uma entidade clínica rara. O presente trabalho pretende descrever um caso de paralisia no NIP causada por compressão por um lipoma.
Material e métodos: Um paciente foi referenciado a consulta por paralisia completa das funções motoras dependentes do NIP, de instalação progressiva ao longo de 12 meses. A Avaliação ecográfica demonstrou lipomatosa capsulada, profundamente á fáscia do musculo supinador
Resultados: O paciente foi submetido a intervenção cirúrgica, com remoção completa do lipoma. Aos 6 meses de pós-operatório o paciente demonstrou melhoria clínica, mantendo apenas limitação na extensão e abdução do polegar. Na eletromiografia aos 6 meses demonstrou "uma lesão parcial do nervo interósseo posterior esquerdo, axonal, crónica e de gravidade moderada a severa"
Conclusões: Os lipomas, tumores de etiologia "benigna" podem ser responsáveis por lesões nervosas irreversíveis, constituindo uma das etiologias possíveis para síndrome do NIP.

Objetivos: A compressão do nervo radial no antebraço proximal, ao nível da arcada de Frohse, é conhecida por diferentes nomes, incluindo síndrome de túnel radial, síndrome do nervo interósseo posterior (NIP) e síndrome do supinador. A paralisia do NIP secundária a compressão é uma entidade clínica rara. O presente trabalho pretende descrever um caso de paralisia no NIP causada por compressão por um lipoma.
Material e métodos: Um paciente foi referenciado a consulta por paralisia completa das funções motoras dependentes do NIP, de instalação progressiva ao longo de 12 meses. A Avaliação ecográfica demonstrou lipomatosa capsulada, profundamente á fáscia do musculo supinador.
Resultados: O paciente foi submetido a intervenção cirúrgica, com remoção completa do lipoma. Aos 6 meses de pós-operatório o paciente demonstrou melhoria clínica, mantendo apenas limitação na extensão e abdução do polegar. Na eletromiografia aos 6 meses demonstrou "uma lesão parcial do nervo interósseo posterior esquerdo, axonal, crónica e de gravidade moderada a severa".
Conclusões: Os lipomas, tumores de etiologia "benigna" podem ser responsáveis por lesões nervosas irreversíveis, constituindo uma das etiologias possíveis para síndrome do NIP.

PD 17

RETALHO *SUPERFICIAL CIRCUNFLEX ILIAC PERFORATOR SUPERTHINNED* PARA RECONSTRUÇÃO DE DESLUVAMENTO DIGITAL

Diogo Andrade Guimarães[1]; Miguel Matias[1]; Manuel Vilela[1]; Luís Vieira[1]; Luís Ribeiro[1]; Nelson Teixeira[2]; Pedro Martins[1]; Maria Manuel Mouzinho[1]
[1]Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; [2]Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Objetivos: Nos retalhos de perfurantes clássicos o planeamento pré-operatório é limitado à determinação do ponto em que a artéria perfura a fáscia superficial. Nos retalhos *thinned* e *superthinned* tende-se a realizar o mapeamento do percurso da artéria perfurante a fim de possibilitar uma dissecção fina do retalho. O retalho *superficial circunflex iliac perforator* (SCIP) tem sido aplicado como retalho

livre numa vasta amplitude de casos em que é necessário um revestimento cutâneo fino de um dado defeito tegumentar. No presente caso clínico foi realizada a dissecção de retalho SCIP, pediculado, para cobertura de um desluvameto digital.

Material e métodos: Um paciente com desluvamento digital foi reconstruído com uma variante do retalho inguinal clássico, em que foi identificado o vaso perfurante ao nível da fáscia, e posteriormente dissecado o seu trajecto supra-fascial, fornecendo uma cobertura de espessura fina ao dedo desluvado.

Resultados: Foi possível a cobertura de um dedo desluvamento, atingindo-se um perímetro digital semelhante ao dos restantes dedos da mão.

Conclusões: De acordo com a pesquisa realizada na literatura, este é o primeiro caso descrito como retalho SCIP pediculado *superthinned* para reconstrução de desluvamento digital.

PD 18

TENOSSINOVITE DE DE QUERVAIN – AVALIAÇÃO DO IMPACTO FUNCIONAL E ÁLGICO APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO

Maria Albuquerque; Miguel Matias; Patrícia Costa; Ângelo Sá; Maria Manuel Mouzinho
Centro Hospitalar de Lisboa Central – Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva

Objetivos: Com o presente estudo pretendeu-se avaliar os resultados funcionais e dor após a libertação do primeiro compartimento dos extensores para tratamento da tenosinovite de DeQuervain, estratificando pelos fatores de risco e tratamentos prévios.

Material e métodos: De uma amostra de 150 doentes submetidos a cirurgia para o tratamento da doença de De Quervain entre 2014 a 2020, o estudo incluiu os 79 que responderam aos questionários. As avaliações pré e pós operatórias foram realizadas com recurso ao teste de Finkelstein, escala *Quick Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* (Quick DASH) e *Visual Analogue Scale* (VAS). Foram estudadas as seguintes variáveis: sexo, idade, diabetes e existência de tratamento conservador prévio à cirurgia (fisioterapia, tala, corticoides ou a combinação destes). Avaliaram-se ainda as complicações pós-operatórias e recidivas. Considerou-se uma cirurgia bem-sucedida quando os doentes sentiram benefício álgico e funcional significativo.

Resultados: Todos os doentes apresentavam teste de Finkelstein positivo no pré-operatório. No pós-operatório, todos à exceção de quatro doentes, exibiam teste negativo. A média da escala de VAS diminuiu de 8,67 (pré-operatório) para 2,32 (pós-operatório), enquanto na escala Quick DASH se constatou uma redução de 61,29 para 13,26. A cirurgia foi considerada um sucesso em 63 doentes, sendo que 31 apresentavam scores pós-operatórios equivalentes a zero. Ainda assim, nos restantes doentes verificou-se uma diminuição nas médias da escala Quick DASH e VAS (de 67,89 para 45,32 e de 9,31 para 6,38 respetivamente, $p < 0,05$). Relativamente a complicações pós-operatórias, 3 doentes apresentavam neuromas. Constatou-se recidiva da doença em 6 doentes. Não se demonstrou que as restantes variáveis influenciassem os resultados pós-operatórios. Relativamente aos subgrupos, verificou-se nos doentes diabéticos uma menor diminuição da média da escala de VAS (redução de 3,92 comparativamente com 6,83 nos não diabéticos, ($p < 0,05$).

Conclusões: A libertação cirúrgica do primeiro compartimento do retináculo dos extensores para tratamento da tenossinovite de De Quervain apresenta bons resultados clínicos, com uma taxa de complicações mínima. Mesmo nos casos em que a cirurgia não foi um sucesso e que, por isso, os doentes mantiveram queixas, constatou-se uma melhoria na qualidade de vida dos doentes. Assim, o tratamento cirúrgico deve ser sempre uma opção a considerar para o tratamento da tenossinovite de De Quervain.

PD 19

SECOND RAY RESECTION AFTER TRAUMATIC HAND INJURY – TWO CASE REPORTS

Eva Campos Pereira[1]; Ana Catarina Bispo[2]; Miguel Alves Botton[3]
[1]Hospital Central do Funchal; [2]Hospital Ortopédico Sant'lago do Outão; [3]CUF Descobertas

Introduction: *There are some hand conditions, such as trauma, tumor or infections, that can lead to a deformed finger and, consequently, a non-functional hand. Ray resections aim to restore hand functionality. The good hand adaptation after resection of a useless finger overcome the disability of an inoperable finger.*
Aim: *The authors describe two cases of index ray resection in patients with posttraumatic phalange fractures with good adaptation to the absent digit and released to work duty after 6 weeks post-operative.*
Case reports: *Case 1: A 42-year-old man, mine-worker, suffered a workplace traumatic amputation of his index finger. At our observation, he presented an amputation of his second and third phalanges, he had stump pain and limited range of motion to 20° of flexion of the metacarpo-phalangeal joint, with no active extension capacity.*
Case 2: A 28-year-old male, who suffered a traumatic amputation of the third phalange of his right index, presented with complains of stiffness, persistent swelling and pain for one and half years after an open fracture-related infection. Plain radiographs revealed pseudarthrosis of the first phalange.
Results: *Under tourniquet control, both patients underwent in an uneventful index ray resection. Neurovascular bundles identification was the first step. Extensor tendon was transected and retracted to the base of the index finger metacarpal bone to permit osteotomy.*
Two weeks after surgery skin stitches were removed and unrestricted physiotherapy was started. Patients were released to full work duty 6 weeks after the procedure without any residual pain or surgical revision. At 3 months of follow-up, both patients scored a lower Quick-DASH score when compared with the pre-operative value.
Discussion: *Outcomes of a second ray resection are not frequently reported in literature. Bunnell started performing ray resections in nonfunctional proximal interphalangeal joints as a salvage procedure. The reported complication is narrowing palm and decreased grip and pinch strength. The adherence to physiotherapy may also help to improve the manual dexterity and avoid the potential contracture deformities and fibrosis.*
Conclusion: *These results encourage us to believe that isolated ray resection of the index finger, without a secondary reconstruction technique, is a good hand function salvage procedure in useless fingers.*

PD 20

FRATURA DE CABEÇA DO CÚBITO – CASO CLÍNICO

Rita Coelho Lopes; Mariana Almeida; Ana Félix; Teresa Araújo; Ana Lopes; Leonor Fernandes
Centro Hospitalar do Oeste

Objetivo: A fratura da cabeça do cúbito é rara, sendo muito menos frequente que a fratura da estiloide e da metáfise cubital. A cabeça do cúbito encontra-se revestida em cerca de 130º da sua circunferência por cartilagem, sendo um dos pilares da articulação radiocubital distal. A sua congruência é essencial na estabilidade articular, mobilidade e força do punho. É importante um alto grau de suspeição uma vez que a radiografia simples pode não permitir fazer o diagnóstico correto.
Descreve-se o caso de um doente com fratura da cabeça do cúbito, submetido a redução aberta e osteossíntese com dois parafusos de compressão sem cabeça.
Material e métodos: Doente do sexo mascu-

lino, destro, 18 anos de idade, foi observado no serviço de urgência por queda de bicicleta com traumatismo do punho direito. Ao exame físico apresentava edema do punho, com bloqueio mecânico da pronossupinação do antebraço direito. Nas radiografias (AP e perfil do punho) observou-se fratura da cabeça do cúbito direito. A tomografia computorizada permitiu melhor definição da fratura da cabeça do cúbito com descoaptação e incongruência articular da radiocubital distal.

Resultados: O doente foi submetido a uma abordagem dorsal do punho direito através do 5º compartimento, cruentação do foco e osteossíntese com dois parafusos de compressão sem cabeça. Manteve imobilização gessada antebraquipalmar durante 2 semanas e iniciou fisioterapia às 6 semanas pós-operatório. Após 12 semanas apresentava pronossupinação ativa de 45º-0-80º e radiologicamente sinais de consolidação óssea. Ao 6º mês pós-operatório o doente mantinha a mobilidade previamente adquirida, sem limitação nas atividades diárias, tendo retomado a atividade desportiva nomeadamente bicicleta. Refere um elevado grau de satisfação com o procedimento e um excelente resultado funcional (Quick-Dash = 11,4).

Conclusões: O diagnóstico precoce de fratura da cabeça do cúbito exige elevada suspeição e a radiografia simples pode não ser suficiente para caracterizar corretamente esta lesão. O tratamento cirúrgico através de redução aberta, osteossíntese com parafusos de compressão sem cabeça e mobilização ativa precoce permite obter um excelente resultado funcional. Nestas fraturas, como em todas as fraturas intra-articulares, a redução anatómica é essencial para um bom resultado funcional.

PD 21

DUPLA TRANSFERÊNCIA NERVOSA MOTORA NO TRATAMENTO DE PARALISIA MOTORA DO NERVO MEDIANO

Rita Coelho Lopes[1]; Jorge Gomes Lopes[2]; Luís Alves[2]; Vítor Vidinha[2]; Isabel Pinto[2]; Pedro Negrão[2]

[1]Centro Hospitalar do Oeste; [2]Centro Hospitalar Universitário São João

A síndrome Parsonage-Turner constitui uma neuropatia periférica idiopática rara, caracterizada por omalgia unilateral, défice motor e alteração sensitiva na área afetada. Os autores apresentam um caso de provável Síndrome Parsonage-Turner submetido a dupla transferência de nervos motores, uma opção terapêutica na paralisia motora proximal do nervo mediano.

Sexo masculino de 44 anos, trabalhador manual, dextro, observado na consulta de cirurgia da mão por quadro progressivo de omalgia e défice de força no membro superior esquerdo com 3 meses de evolução. No exame físico apresentou ausência de flexão da interfalângica (IF) do polegar e da IF distal do segundo dedo (teste Kiloh-Nevin positivo) e paralisia da pronação do antebraço esquerdo. Sem défice sensitivo. A eletromiografia revelou desnervação aguda dos músculos supridos pelo nervo mediano com exceção dos músculos tenares. A ecografia e ressonância magnética demonstraram espessamento do nervo mediano esquerdo de 8 mm (direito 5,4 mm) na metade distal do braço até à face anterior do antebraço e edema dos músculos pronador redondo (PR), flexor radial do carpo e palmar longo relacionado com edema neurogénico. À exploração cirúrgica, constatou-se alargamento do nervo proximalmente ao PR sem compressão evidente entre as suas cabeças; confirmada ausência de resposta muscular à estimulação nervosa dos ramos para o PR e do nervo interósseo anterior. Realizada transferência nervosa do ramo do

extensor radial curto do carpo do nervo radial para o ramo do PR do nervo mediano e transferência do ramo do supinador do nervo radial para o nervo interósseo anterior.
No 5º mês pós-operatório evidenciou flexão ativa da IF do polegar e da IF distal do indicador e ao 6º mês pronação ativa. Após 9 meses a força de pinça lateral e de grip à esquerda foi de 1 kg e 32 kg, face ao direito de 4 kg e 42 kg respetivamente. Apresentou um bom resultado funcional (DASH 21,7), independente nas atividades diárias e com retoma laboral.
No tratamento da lesão proximal do nervo mediano é frequente a realização de transferências tendinosas para restaurar a oponência e flexão dos dedos, contudo para restituição da pronação é preferida a reinervação do músculo PR. A transferência de nervos motores encurta a distância de regeneração nervosa até ao músculo alvo, reinervando-o previamente à degeneração da placa motora. O tratamento da lesão motora proximal do nervo mediano através da dupla transferência nervosa permitiu obter um bom resultado funcional.

PD 22

SCHWANOMMAS DO MEMBRO SUPERIOR: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Miguel Relvas Silva; Joana Almeida; Vítor Vidinha; Pedro Negrão
Centro Hospitalar de São João

Objetivo: Revisão teórica do Schwannoma do membro superior e apresentação de 2 casos clínicos
Caso 1: 72 anos, masculino. Tumefação volar indolor do punho, de bordos bem definidos e crescimento indolente (> 5 anos de evolução). Sem défices motores/sensitivos; tinel positivo. O estudo de imagem identificou "formação nodular (20 x 11 x 16 mm) em continuidade com o nervo mediano, evocadora de tumor das bainhas nervosas". Neuropatia ligeira do mediano (eletromiografia).
Caso 2: 42 anos, masculino. Tumefação indolor no bordo cubital do punho, de crescimento indolente, que pela dimensão limitava a mobilidade articular adjacente. O estudo de imagem identificou "formação nodulariforme (73 x 35 x 27 mm) hipoecogénica, na dependência do nervo cubital; hipersinal em T2 e captação heterogénea de contraste, esboçando *split fat sign* e *string sing*, sem invasão de estruturas adjacentes".
Resultado: Após discussão das hipóteses diagnósticas, ambos optaram pela exérese. Remoção microcirúrgica intraneural, com preservação da estrutura global do nervo e sacrifício de pequenos fascículos. Histologicamente definidas como neoplasias mesenquimatosas benignas; feixes e fascículos de células fusiformes com atipia citológica mínima, sem figuras de mitose ou áreas de necrose, altamente sugestivo de tumor das bainhas nervosas, com características de Schwannoma.
Revisão: Apesar do Schwannoma ser o tumor benigno mais frequente dos nervos periféricos, corresponde apenas a 0.8–2% dos tumores da mão/punho. Mais frequente entre 20-50 anos, é tipicamente esporádico (90%), embora se possa associar a doenças como neurofibromatose. De crescimento indolente e clínica fruste, o diagnóstico é frequentemente tardio. A caraterização imagiológica é realizada com ecografia/RMN. Apesar do baixo risco de malignização e recorrência, a excisão cirúrgica é o tratamento de 1ª linha, tipicamente curativa. Apesar da controvérsia atual, alguns trabalhos têm demonstrado correlação entre a dimensão da lesão, a duração do quadro ou a presença de défices neurológicos e o prognóstico.
Conclusões: O diagnóstico diferencial de tumefações de crescimento indolente do membro superior deve incluir lesões tumorais (p.e. Schwannoma). O tratamento cirúrgico, ao cuidado de uma equipa diferenciada e

experiente em microcirurgia, permite a exérese com lesão mínima de fibras nervosas e, consequentemente, sem défices neurológicos ou recorrência. Importa alertar o doente dos riscos/benefícios deste tratamento, especialmente se assintomáticos.

PD 23

SUSPENSOPLASTIA COM MINI TIGHTROPE SOB TÉCNICA ANESTÉSICA *WIDE AWAKE LOCAL ANESTHESIA NO TOURNIQUET* – CASO CLÍNICO

Inês Domingues; Rui Cunha; Liliana Domingues; Eduardo Silva; Sofia Carvalho; Gonçalo Lavareda; Filipe Machado; Catarina Bispo
Hospital Ortopédico Sant'lago do Outão

Objetivos: A utilização da técnica anestésica *Wide Awake Local Anesthesia No Tourniquet* (WALANT) surgiu recentemente como uma alternativa às técnicas anestésicas convencionais na cirurgia da mão, permitindo um bom controlo da hemorragia local sem necessidade de recorrer ao uso de garrote, evitando também a sedação que muitas vezes é necessária devido ao desconforto provocado pelo mesmo. Tem como vantagens, entre outras, possibilitar a colaboração ativa do doente durante o procedimento e uma alta precoce, sem os efeitos secundários da sedação. Este caso clínico permite exemplificar um dos vários procedimentos em que esta técnica pode ser usada.
Materiais e métodos: Apresentamos o caso clínico de uma doente de 50 anos, sexo feminino, avaliada em consulta por queixas de dor a nível da articulação trapézio-metacárpica direita, com dor a palpação local, crepitação à mobilização passiva e grind *test* positivo. O exame radiológico revelou rizartrose grau III segundo a classificação de Eaton & Littler. Após falência de tratamento conservador, a doente foi proposta para intervenção cirúrgica, tendo sido submetida a trapezectomia e suspensoplastia com *Mini TightRope*, sob WALANT (administração subcutânea de uma solução de lidocaína 1%, adrenalina (1:100000) e bicarbonato (10:1), num total de 30cc, iniciando-se a cirurgia cerca de 30 minutos após a realização da anestesia).
Resultados: Graças à utilização desta técnica, foi possível ter a colaboração da doente na mobilização ativa do polegar durante o procedimento, possibilitando um correto tensionamento dos fios. Evitou-se também a utilização de garrote, permitindo um maior conforto da doente. Relativamente aos pós-operatório, foi possível uma alta precoce, com dor controlada e sem os efeitos secundários da sedação.
Conclusões: A técnica anestésica WALANT revela-se uma alternativa útil e segura na cirurgia da mão, podendo ser aplicada em diversos tipos de procedimentos. Apresenta várias vantagens relativamente aos métodos tradicionais, nomeadamente permitir a colaboração ativa do doente durante a cirurgia, evitar o uso de garrote e de sedação, possibilitando maior conforto, menos efeitos adversos e uma alta precoce.

PD 24

PRÓTESE DE RESURFACING DO GRANDE OSSO NA ARTROSE AVANÇADA DO PUNHO

Alina Frolova; Pedro Negrão; Miguel Relvas; Rita Lopes
Centro Hospitalar e Universitário do São João Hospital CUF Porto Centro Hospitalar do Oeste

Objetivos: Descrever a utilização de prótese de ressurfacing de pirocarbono no grande osso (PRPGO) associada a carpectomia proximal (CP) num caso de artrose rádio-cárpica (ARC) com alterações degenerativas ao nível da fosseta semilunar do radio e do grande osso em doente jovem.
Material e métodos: Doente de 58 anos, enfermeira, com quadro de queixas álgicas ao nível do punho direito de longa evolução e agravamento progressivo. Clinicamente com limitação importante da mobilidade do punho

e dor a condicionar a atividade profissional e as atividades da vida diária (AVDs).
Avaliação radiográfica com radiografia convencional e ressonância magnética com ARC e artrose médio-cárpica com fratura e colapso do semilunar. Foi proposta CP e PRPGO.
Após abordagem cirúrgica dorsal do 4º compartimento extensor e capsulotomia dorsal com ablação do nervo interósseo dorsal foi realizada CP. Posteriormente foi realizada osteotomia proximal e fresagem do grande osso. Implante de tamanho adequado foi colocado sob controlo radiográfico.
Inicialmente foi imobilizada com tala gessada por uma semana, de seguida com tala noturna para promover mobilização passiva e ativa com posterior protocolo de reabilitação.
Resultados: Às 6 semanas com redução importante da dor e melhoria da mobilidade global e força de grip. Aos 3 meses manteve a boa evolução, com retoma da atividade profissional e ausência de limitação nas AVDs. Sem complicações (infeções ou falência de material) a reportar até à data.
Conclusões: As opções terapêuticas existentes para casos de ARC avançada com atingimento da faceta do semi-lunar e do grande osso são limitadas e não isentas de complicações. Artrodese total do punho melhora a dor, com sacrifício da mobilidade; a artroplastia do punho pelo risco de falência protésica não é aconselhada a doentes com maior demanda funcional. Por sua vez, a CP permite manter a mobilidade, estando reservada a doentes sem alterações degenerativas ao nível da cartilagem articular do rádio distal e/ou das articulações médio-cárpicas. A PRPGO permite estender a indicação cirúrgica para a CP a doentes que apresentem alterações acima descritas, sendo uma técnica reprodutível com bons resultados funcionais, de acordo com algumas séries recentemente publicadas.
As complicações inerentes à artrodese (pseudartrose) não são aplicadas a este caso e, ao contrario da artroplastia total, com tempos de seguimento a atingir os 30 meses na literatura recente, não foi constatada falência mecânica de implante.

PD 25

UTILIZAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO DINÂMICO NA CONTRATURA DE DUPUYTREN SEVERA

Alina Frolova; Vítor Vidinha; Miguel Relvas; António Sousa

Objetivos: Este trabalho descreve um caso de doença de Dupuytren severa tratada em duas fases: inicialmente com tração esquelética com recuso e fixador externo dinâmico e fasciectomia subsequente com bons resultados funcionais
Material e métodos: Doente do sexo masculino, 53 anos, com contratura de Dupuytren do 3º, 5º e 5º raios, previamente submetido a fasciectomia do 5º raio há vários anos com atual recidiva. Clinicamente com contratura severa da metacarpofalângica (MCF) (90º) e interfalângica (IF) (105º) do 5º raio (Tubiana III/IV), com menor atingimento do 4º raio (Tubiana II) e do 3º raio (Tubiana II).
Foi submetido a fasciectomia do 3º e 4º raio, com colocação de fixador externo dinâmico ao nível da articulação IF próximal do 5º dedo, com 2 pinos na falange e proximal e 2 na distal. O fixador foi ajustado de 2 em 2 dias com extensão progressiva da articulação, cerca de 2º com cada ajuste. Sem infeção descrita no local de inserção dos pinos.
Às 6 semanas foi realizada extração do fixador e fasciectomia do 5º raio. Após o procedimento o doente iniciou protocolo de reabilitação.
Resultados: Três meses após a segunda intervenção o doente apresentava franca melhoria, já sem contratura da MCF e com contratura residual (30º) da IF proximal. Sem complicações a registar (infeção local ou lesão neurovascular).
Conclusões: Doença de Dupuytren consti-

tui um desafio terapêutico, especialmente aquando do envolvimento das articulações IF. Não existe consenso para abordagem de casos severos, com várias opções terapêuticas descritas, incluindo amputação.
O tratamento de contraturas das articulações IF tem resultados imprevisíveis e potenciais complicações, tendo em conta a relação próxima das cordas com o feixe neurovascular (NV), A tração esquelética contínua permite remoção progressiva das cordas e da pele adjacente, prevenindo dano NV por distração imediata que ocorre com a fasciectomia, facilitando a realização da mesma numa segunda intervenção.
Existem poucos casos publicados na literatura a descrever esta técnica, mas com resultados promissores, pelo que se a mesma se pode considerar para doentes com contraturas severas como alternativa a procedimentos mais agressivos, como por exemplo, amputação

PD 26

ANGIOLEIOMIOMA – UM TUMOR VASCULAR RARO NA MÃO

Sara Carvalho; Maria Manuel Mendes; Manuel Vilela
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Objetivos: O angioleiomioma é uma neoplasia benigna com origem no músculo liso da túnica média vascular e de apresentação rara na mão. São poucos os casos descritos na literatura, tendo este trabalho como principal objetivo a apresentação de um caso clínico com revisão bibliográfica do tema e seu diagnóstico diferencial.
Material e métodos: Apresenta-se um caso clínico ilustrado, com revisão da clínica, patogénese, diagnóstico e tratamento desta neoplasia rara.
Resultados: JMT, senhor de 58 anos, recorreu à consulta de Cirurgia Plástica Reconstrutiva e Estética na sequência do aparecimento de massa nodular na face volar do polegar direito, ao nível da articulação metacarpo-falângica. Ao exame objetivo apresentava desconforto associado a palpação e mobilização. Realizou ecografia para melhor esclarecimento, que revelou "lesão nodular hipoecogénica, medindo de maiores eixos 8 x 6 mm, com discreta vascularização intralesional, rodeando 360º o ramo ulnar digital arterial, sem relação com a bainha do tendão longo flexor do polegar". Como estudo complementar, a RM confirmou a suspeita ecográfica de lesão vascular, que "não apresentava seguro plano de clivagem com estruturas vasculho-nervosas". O doente foi então proposto para cirurgia, a qual implicou laqueação da artéria digital ulnar do polegar, após ter sido confirmada a patência da artéria digital radial. O diagnóstico definitivo anátomo-patológico revelou tratar-se de um angioleiomioma. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e doente encontra-se sem sinais de recidiva.
Conclusão: Os tumores vasculares representam um minoria de todas as neoplasias da mão. O angioleiomioma da artéria digital é raro, estando poucos casos descritos na literatura. A apresentação clínica e exames complementares de diagnóstico não o distinguem de outras lesões nodulares que ocorrem na mão, pelo que o seu diagnóstico definitivo é anatomopatológico.

PD 27

DOENÇA DE KIENBÖCK – UM TRATAMENTO ALTERNATIVO!

Alexandre Castro; Raquel Cunha; Pedro Balau; Manuel Godinho; Tânia Veigas; Eduardo Pinto; Pedro Vaz; Pedro Atilano; António Miranda; Marta Santos Silva; Artur Neto; Vera Resende
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Introdução: É por Robert Kienböck, radiologista australiano, que nos é dada a conhecer a necrose avascular do semilunar – descrita em 1910 como uma lunatomalacia com porose, esclerose e fragmentação. Desde então muito se aprendeu sobre esta entidade apesar de

ainda se encontrar envolta em controvérsias – desde a patofisiologia ao tratamento. Com este trabalho pretendemos ilustrar uma abordagem terapêutica "possível".

Material e métodos: Tratava-se de um indivíduo do sexo masculino, 26 anos, bombeiro, dextro, que após trauma minor é diagnosticado com doença de Kienbock. Clinicamente apresentava-se com dor à palpação dorsal do punho, diminuição da força e mobilidade do punho (35º flexão, 20º extensão, 20º desvio cubital e 5º desvio radial). Os exames complementares de diagnóstico (Rx, TAC e RMN) demonstravam: Fragmentação e colapso do semilunar. Rácio da altura carpal (método de Youm) de 0,6. Instabilidade cárpica de padrão dorsal – DISI – bem como alguns sinais discretos de artrose rádio-cárpica e artrose triescafo. Estadio IIIC da classificação de Lichtman.

Assim, é proposta artroplastia do semilunar com prótese em pirocarbono.

Resultados: O doente é submetido a artroplastia do semilunar em pirocarbono a 13/02/2019. Nesta intervenção foi usado hemi-flexor radial do carpo e uma âncora para estabilização. No pós-operatório, permaneceu com luva gessada durante 2 semanas, tendo depois progredido com ortótese e reabilitação. A intervenção não atingiu o alívio completo das queixas, no entanto, estas são atribuídas a uma síndrome de impacção cubital (que poderia já estar presente ad inicium devido à perda da altura carpal), tendo sido o doente proposto para um encurtamento do cubito (realizado a 08/07/2020). Infelizmente a evolução mantém-se desfavorável.

Conclusão: Face à idade do doente e estadio da doença, este foi proposto para artroplastia total do semilunar. A irreversabilidade da lesão do semilunar, a preservação da mobilidade e força de preensão foram os principais "prós" a favor deste procedimento em detrimento de outros: encurtamento do rádio ou do grande osso; procedimentos de reconstrução do semi-lunar (com vários tipos de enxerto); exérese da primeira fileira do carpo; artrodeses intracárpicas ou do punho, entre outros. A multiplicidade de tratamentos existentes para esta doença rara, mas muito debilitante, é resultado do muito que ainda se desconhece da sua história natural e das frustrações associadas ao tratamento. Este caso é "apenas" mais um!

PD 28

OSTEOPOIQUILOSE: UMA FOTO DE FAMÍLIA!

Raquel Lima Cunha; Alexandre Castro; Manuel Godinho; Pedro Balau; Tânia Veigas; Eduardo Pinto; Pedro Vaz; Pedro Atilano Carvalho; António Miranda; Marta Silva; Artur Neto; Vera Resende
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: A osteopoiquilose é uma doença rara, autossómica dominante que normalmente é assintomática. Esta doença inicialmente descrita por Albers-Schonberg em 1915, caracteriza-se pela presença de múltiplas "ilhas" ósseas escleróticas. Com este trabalho pretende-se descrever um caso de osteopoiquilose onde são apresentados todos os meios complementares de diagnostico realizados relevantes para o caso (radiografias e ressonâncias magnéticas), bem como uma revisão da literatura.

Material e métodos: Trata-se de uma doente, sexo feminino, 44 anos, que recorreu ao serviço de urgência após um traumatismo ligeiro. Realizou radiografias das mãos onde, incidentalmente, foram encontradas lesões ósseas, redondas e ovais de densidade aumentada e homogênea. Ao exame objetivo a paciente não apresentava qualquer alteração e negava dispor de qualquer comorbilidade, tendo-se mantido o seguimento da doente em consulta.

Resultados: No primeiro ano foram realizadas radiografias seriadas com estudo de

mãos, pés e ossos longos, tendo-se identificado apenas uma distribuição periférica das lesões. Quando a doente começou a referir dor foi requisitada uma ressonância magnética para melhor caracterização destas lesões. A ressonância magnética mostrou pequenas lesões, bem definidas, escuras em imagens ponderadas T1 e T2, sem edema circundante. Visto que a doença tem um comportamento autossómico dominante, os familiares mais próximos foram chamados para uma consulta. Verificou-se que os seus dois filhos, uma rapariga de 16 anos e um rapaz de 12 anos tem a mesma doença.

Conclusões: A osteopoiquilose é uma doença rara, que atinge de igual modo homens e mulheres, com um padrão autossómico dominante e que se define como uma displasia esclerótica assintomática. As manifestações clínicas desta doença são raras e caracteriza-se sobretudo por inúmeras áreas escleróticas frequentemente diagnosticadas incidentalmente durante radiografias realizadas em episódios de urgência. Estas lesões não têm interesse pela doença em si, pela sintomatologia ou prognóstico, mas antes pelo diagnóstico diferencial que fazem com outras lesões de maior agressividade como é o caso das metástases osteoblásticas.

PD 29

HEMANGIOMA DIGITAL NÃO INVOLUTIVO

Eiró, V.; Agostinho, M.; Guerreiro, F.; Gigante, T.; Nunes da Costa, J.; Matias, J.
Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Objetivos: O hemangioma infantil é o tumor endotelial mais comum na infância. É uma patologia benigna e apresenta tipicamente um quadro evolutivo nos primeiros 12 meses de vida, altura pela qual, em geral, atinge o máximo do seu crescimento e inicia a sua involução, que cessa por volta dos 4 anos de idade. Surge mais frequentemente em localizações como a cabeça e pescoço, sendo as extremidades o local menos frequente (< 15%). Habitualmente a abordagem é expectante, reavaliando-se periodicamente a evolução, sendo que, pelo seu comportamento, na maioria das vezes a intervenção cirúrgica torna-se desnecessária.

Métodos: Descreve-se um caso de uma criança de 6 anos do sexo feminino, enviada à consulta de Cirurgia Plástica Pediátrica em 2016, com 19 meses, por malformação vascular das falanges proximal e média do 5o dedo da mão esquerda, de extensão dorsal, lateral e mediana, só não envolvendo o eixo palmar. Sem limitação funcional. Optou-se por vigilância com reavaliações anuais.

Por apresentar um volume significativo e ausência de sinais de involução, com 4 anos e meio de idade foi proposta para cirurgia de redução de volume. Realizou-se uma excisão tangencial, que decorreu sem intercorrências.

Resultados: O pós-operatório decorreu sem complicações, obtendo-se uma boa recuperação funcional, com manutenção da mobilidade e sensibilidade e um resultado estético satisfatório, sem sinais de recidiva no pós-operatório. A peça foi enviada para anatomia patológica, com a confirmação do diagnóstico de hemangioma.

Conclusão: Os hemangiomas apresentam um comportamento típico, sendo que a maioria resolve espontaneamente sem necessidade de intervenção. É, no entanto, importante a manutenção da vigilância, principalmente quando localizados em áreas anatómicas que podem comprometer a função como o caso dos dedos da mão. Perante a progressão ou não involução da patologia, a intervenção cirúrgica para tentativa de excisão ou redução de volume torna-se essencial, obtendo-se bons resultados estéticos e funcionais.

PD 30

POLIDACTILIA: UM ELEMENTO EM FALTA NO SÍNDROME DE WIEDEMANN-STEINER

João Nunes Pombo; Artur Nixon Martins; André Pinto; Catarina Paias Gouveia; Gaizka Ribeiro
Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte

Introdução: A síndrome de Wiedemann-Steiner (SWW) é uma doença rara autossómica dominante descrita recentemente em 1989 por Wiedemann. É causada por uma mutação do gene KTM2 e caracterizada por défice cognitivo, alterações craniofaciais, atraso de crescimento e alterações dos membros superiores. Actualmente o fenótipo da síndrome ainda não se encontra totalmente esclarecido. Apresenta-se um caso de SWW com polidactilia e revê-se as manifestações clínicas no membro superior da síndrome.

Materiais e métodos: Realizou-se uma revisão na literatura das manifestações do membro superior de todos os casos descritos de Síndrome de Wiedemann-Steiner. Apresenta-se um caso de uma criança, sexo feminino, referenciada à nossa consulta aos 20 meses de idade com o diagnóstico de polidactilia de D1 (Wassel tipo IV), diagnosticada posteriormente com SWW.

Resultados: Foram identificados 64 doentes com manifestações clínicas no membro superior, sendo as mais comuns a hipertricose cubitti, braquidactilia e clinodactilia. A polidactilia foi descrita previamente em 1 caso na literatura e no caso descrito.

Conclusão: O fenótipo da SWW apresenta manifestações características do membro superior que ainda se encontram em expansão. Os autores propõem adicionar a polidactilia ao fenótipo da síndrome.

PD 31

RECONSTRUÇÃO OSTEOPLÁSTICA DE FALANGES COM ENXERTO ÓSSEO CORTICOESPONJOSO DE CRISTA ILÍACA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mariana Jarnalo; Margarida Mendes; Diogo Barreiro; Álvaro Silva; Inês Ínsua
Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução: Os defeitos ósseos das falanges podem resultar de traumatismos, tumores ou infeções e tornam o processo reconstrutivo tecnicamente exigente. As técnicas de reconstrução de falanges, nomeadamente os enxertos ósseos, têm como objetivo restabelecer o comprimento e função dos dedos afetados. É apresentado um caso de traumatismo envolvendo os 4 dedos longos com perda de substância óssea, no qual a reconstrução das falanges afetadas foi efetuada com recurso a enxertos ósseos de crista ilíaca, descrevendo-se a sequência técnica utilizada.

Resumo do caso: Doente de 23 anos, do sexo feminino, vítima de acidente de viação do qual resultou esfacelo grave do dorso dos 4 dedos longos da mão. Este traumatismo culminou com perda de substância tegumentar do dorso dos dedos, do aparelho extensor e avulsão óssea da quase totalidade das falanges médias do 2º ao 5º dedos e porção distal das falanges proximais. Em contexto de urgência, foi efetuada osteossíntese para estabilização de fraturas das falanges proximais e montagem manual de fixadores externos no 2º e 5º dedos para preservação de partes moles e comprimento dos dedos. O 3º e 4º dedos foram submetidos a regularização de cotos de amputação por apresentarem lesões extensas impossibilitando a sua reconstrução. Num segundo tempo cirúrgico, após cicatrização e estabilização de partes moles, foi efetuada reconstrução da falange média e proximal do 2º dedo com enxerto ósseo corticoesponjoso e de fratura cominutiva da falange média

do 5º dedo com enxerto de osso esponjoso colhidos da crista ilíaca. Com o objetivo de aumentar a probabilidade de consolidação óssea foi utilizada a técnica *key in slot* no enxerto ósseo corticoesponjoso do 2º dedo. Ao longo do período de seguimento verificou-se consolidação óssea adequada, preservação do comprimento longitudinal e controlo das queixas álgicas.

Conclusões: A reconstrução osteoplástica das falanges com enxerto ósseo pode evitar uma amputação em casos de lesões traumáticas severas envolvendo um ou múltiplos dedos com destruição e perda de substância óssea. A reconstrução do esqueleto ósseo é o passo mais importante no restabelecimento do comprimento e estabilidade digital. No caso apresentado, através desta técnica foi possível preservar o comprimento funcional do 2º e 5º dedos, permitindo manter o movimento de pinça e preensão.

PD 32

DOENÇA DE KIENBOCK – A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Bárbara Teles; Catarina Pereira; António Barcelos; João Castro; Fábio Sousa; Patrícia Pires; Pedro Beckert

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca Serviço de Ortopedia

Introdução: A doença de Kienbock caracteriza-se pela necrose avascular do semilunar, apresentando um vasto espectro de alterações, desde deformidade e colapso da coluna central, degeneração das articulações peri-lunares, instabilidade da fileira proximal, até degeneração da coluna radial. Para uma deteção precoce, a ressonância magnética (RMN) é o exame de eleição. De acordo com a classificação de Lichtman Bain modificada, que tem como base a idade do doente, alterações no osso semilunar e no carpo, o tratamento pode ir desde conservador até uma variedade de procedimentos cirúrgicos.

Caso clínico: Apresentamos um caso de uma doente de 35 anos de idade, antecedentes pessoais irrelevantes, mão dominante direita, que apresentou um traumatismo do punho esquerdo em Março 2019, momento a partir do qual desenvolveu queixas progressivas de rigidez, parestesias, sinais inflamatórios e dor com agravamento nocturno. Aos 7 meses de evolução na consulta externa de Ortopedia, apresentava edema acompanhado de limitação funcional do punho – 0º de flexão e 20º extensão activos. Realizou uma RMN que revelou osteonecrose do semilunar (Doença Kienbock), com colapso parcial mais acentuado na vertente radial, tratando-se de uma Lichtman Bain A2B2C2. Aos 8 meses de evolução foi submetida a cirurgia artroscópica, tendo se evidenciado colapso do semilunar, associada a extensa lesão condral do mesmo, assim como da cabeça do capitato. Procedeu-se ao desbridamento cirúrgico de sinovite e fragmentos condrais livres, seguida de artrodese escafo-capitato artroscópica.

Discussão: A doente evoluiu favoravelmente no pós-operatório, tendo cumprido fisioterapia, com ganho de amplitude articular do punho – flexão 30º e extensão 40º. Após um ano de cirurgia, a doente revela melhoria franca do edema, parestesias e rubor generalizado do punho, apresentando na escala Quick-DASH pontuação de 52,3%. Quanto à dor na escalda de VAS, classificou como nível 10 previamente à cirurgia, e 7 após um ano.

Conclusão: A artroscopia é o método de tratamento de eleição visto permitir uma visualização direta da superfície articular e em simultâneo a realização de técnicas minimamente invasivas. Este caso salienta a importância do diagnóstico e tratamento em fases iniciais, uma vez que após estarem instaladas alterações degenerativas, o prognóstico clínico é tendencialmente pior.

PD 33

LUXAÇÃO PERILUNAR DO CARPO COMPLICADA DE EXPOSIÇÃO E FRACTURA DA APÓFISE ESTILOIDEIA DO RÁDIO DISTAL – APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO

João Vieira de Sousa; Teresa Alves da Silva; José Campos Martins; Diogo Ramalho; Fernando Luz Campina
Hospital de Cascais

Objectivo: Exposição clínica e fotográfica de um caso de luxação perilunar do carpo complicada de fractura da apófise estiloideia do rádio distal e de secção da artéria cubital, e respectiva evolução a 6 meses.

Material e métodos: Homem de 59 anos, trabalhador manual, dá entrada no Serviço de Urgência (SU) uma queda de escadote (altura 1.5m) com trauma, luxação e exposição do punho esquerdo.

Resultados: Ao estudo por RX e TC, apresenta luxação perilunar (Mayfield 2) com fractura da apófise estilóide radial. Refere dor severa e hipostesia/parestesia do antebraço e mão. A compressão da artéria radial provoca interrupção da perfusão da mão. Classifica-se como Gustillo Anderson 3C – iniciou esquema antibiótico com Cefalozina e Gentamicina.

É levado ao bloco de urgência. É realizada lavagem, extensão da ferida, e exploração. Constata-se estiramento do nervo mediano pela luxação do carpo, e secção completa da artéria cubital, mantendo-se a artéria radial patente. Procede-se à redução do carpo, fixação da estiloide radial e primeira fileira do carpo com fios de Kirchner (K), e anastomose topo a topo da artéria cubital. A pele foi encerrada utilizando a técnica de tensionamento cutâneo progressivo, e foi imobilizado com tala gessada antebraquio-palmar.

Manteve os fios K durante 7 semanas. O pulso cubital manteve-se palpável. A estilóide perdeu redução e perdeu-se a congruência rádio-cárpica.

Aos 2 meses e meio pós op, é reoperado – é realizada osteotomia de correcção da estilóide radial e sua osteossíntese com placa dorsal; ligamentoplastia escafo-lunar com hemitendão de curto extensor do carpo radial (ECRB) fixado com ancoras *swive lock*; fixação escafo-lunar adicional com fios K ; e desenervação do carpo. Manteve imobilização gessada e fios K até às 5 semanas, e iniciou terapia ocupacional.

Conclusão: Aos 6 meses, apresenta pronação completa, supinação 40º, flexão 10º, dorsiflexão 20º, inclinações laterais 5-0-5. Refere falta de força, que considera mais importante para a sua actividade profissional, em detrimento da mobilidade. Irá manter fisioterapia de optimização funcional e retomar a actividade profissional. Mantém seguimento em consulta.

PD 34

RIZARTROSE – QUANDO PENSAR NA ARTROPLASTIA DUPLA MOBILIDADE? A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Bárbara Teles; Catarina Pereira; António Barcelos; João Castro; Fábio Sousa; João Valadas; Pedro Beckert
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A rizartrose corresponde à osteoartrose da articulação trapézio-metacárpica e clinicamente caracteriza-se por dor na base do polegar e limitação da função de pinça. O diagnóstico é sugerido pela clínica e confirmado radiologicamente pela presença de alterações degenerativas, que são agrupadas na classificação de Eaton and Littler (EL). O tratamento pode ir desde conservador até uma variedade de procedimentos cirúrgicos, dependendo do estadio da doença, repercussão clínica e características do doente.

Caso clínico: Apresentamos dois casos clínicos de rizartrose tratados com artroplastia dupla mobilidade. O primeiro caso clínico trata-se de uma doente do sexo feminino,

com 56 anos, dextra, empregada doméstica, antecedentes pessoais irrelevantes. O segundo caso clínico trata-se de uma doente do sexo feminino, com 47 anos, dextra, fumadora, empregada de mesa, antecedentes pessoais irrelevantes. Ambas diagnosticadas com rizartrose à esquerda associadas a queixas álgicas com anos de evolução, sem melhoria com medidas conservadoras. Radiologicamente o primeiro caso correspondia a um EL grau dois e o segundo caso clínico a um EL grau três. Ambas foram submetidas a artroplastia trapézio-metacárpica da mão esquerda com prótese Maia (BoneCare) - dupla mobilidade.

Discussão: Em ambos casos clínicos, verificou-se melhoria das queixas álgicas e da função global do polegar no pós-operatório. No primeiro caso clínico, quanto à dor na escala de VAS a doente classificou como nível 8 previamente à cirurgia, e 4 após, apresentando na escala QuickDASH pontuação de 18,2% aos três meses de pós-operatório. No segundo caso clínico, na avaliação da dor na escala de VAS a doente classificou como nível 9 previamente à cirurgia, e 6 após, apresentando uma pontuação de 38.6% na escala QuickDASH aos três meses de pós-operatório.

Conclusão: Pretende-se realçar as vantagens na escolha terapêutica da artroplastia total trapézio-metacárpica em doentes ativas, com idades entre os 45 e 60 anos. A salientar a manutenção da precisão do movimento, assim como da força, recuperação mais rápida em comparação com outros procedimentos (cirurgias de interposição e suspensão) e ainda a manutenção da altura do polegar. Fatores como bom *stock* ósseo e tamanho adequado do trapézio são favoráveis a esta indicação cirúrgica. A prótese dupla mobilidade tem como vantagem permitir um maior arco de movimento, e em simultâneo um menor risco de luxação.

PD 35

SCHAWANNOMA DO NERVO INTERÓSSEO ANTERIOR – RELATO DE CASO

Guilherme Silva Correia; Pedro Pinho; Melanie Ribau; Paulo Cunha; Tiago Barbosa; César Correia; Pedro Varanda; Luís Filipe Rodrigues
Hospital de Braga

Objetivos: Os Schwannomas são os tumores benignos mais comuns dos nervos periféricos. Enquanto o nervo mediano é o mais frequentemente afectado nos membros superiores, o envolvimento do nervo interósseo anterior (AIN) é relativamente incomum. Devido a esta baixa incidência, a clínica e a sintomatologia são frequentemente impercetíveis. O diagnóstico diferencial com outras entidades, como neurofibromas, por vezes é difícil mesmo com estudo imagiológico.

Material e métodos: Trata-se de um caso de um paciente do sexo masculino de 34 anos de idade, referenciado à consulta por dor no antebraço esquerdo com RMN que demonstrava uma massa oval (13 x 10 x 10 mm) na região interóssea do antebraço esquerdo a cerca de 5 cm da articulação rádio-cárpica. Foi realizada exérese total através de uma abordagem dorsal com preservação do AIN.

Resultados: A análise histológica revelou tratar-se de um Schwannoma. Sete semanas após a cirurgia, o doente retomou a atividade habitual sem qualquer sintomatologia.

Conclusões: Os sintomas são geralmente secundários a compressão nervosa por efeito de massa. O crescimento excêntrico permite exérese sem compromisso das restantes fibras e a cura sem sequelas de novo em 90% dos casos. Os Schwannomas do AIN são muito raros, existindo apenas um caso descrito na literatura. O único sintoma deste doente era dor, que associado à raridade desta condição aumenta a dificuldade do seu diagnóstico. A remoção do tumor permitiu a resolução da sintomatologia sem sequelas.

PD 36

LUXAÇÃO COMPLEXA DO CARPO – CASO CLÍNICO

Sónia Rodrigues; Raquel Marques; Ricardo Teixeira; Ana Batista; Carmen Silva
Centro Hospitalar Médio Tejo

As luxação perilunares e axiais do carpo são lesões raras, representando menos de 10% de todas as lesões do punho. São causadas por mecanismos de alta energia, como acidentes de viação ou quedas de altura. A incidência destas lesões é superior em indivíduos do sexo masculino na terceira e quarta décadas de vida. Cerca de 25% destas lesões passam despercebidas na avaliação inicial.
Apresenta-se um caso clínico de um homem de 37 anos, destro, mecânico militar e praticante de atletismo, que recorreu ao Serviço de Urgência por queda de bicicleta com traumatismo do punho direito. Apresentava dor, edema, deformidade em desvio radial do punho e parestesias no território do nervo cubital. Sem outros défices neurovasculares.
A radiografia simples do punho evidenciava luxação não dissociativa axial do carpo e luxação perilunar grau IV de Mayfield, com fratura do piramidal e da estiloide cubital. Realizada TC para planeamento cirúrgico.
Após tentativa sem sucesso de redução fechada na sala de emergência, realizou-se redução fechada sob anestesia geral. Através de abordagem dorsal do punho, efetuou-se redução escafolunar, fixação com fio de Kirschner e sutura de ancoragem do ligamento escafolunar. Redução aberta da fratura do piramidal e estabilização com fio de Kirschner. Ocorreu reversão das parestesias no território do nervo cubital no pós-operatório imediato. Colocada tala gessada antebraquipalmar por 6 semanas, após as quais se removeu os fios de Kirschner. Iniciou mobilização ativa e passiva às 6 semanas de pós-operatório, com carga progressiva a partir das 12 semanas. Aos 3 meses regressou à atividade laboral e desportiva. Aos 6 meses apresenta um DASH Score de 13, extensão de 70°, flexão de 50°, com pronossupinação sem limitação; e dor de 1 em 10. Iniciou programa de reabilitação apenas a partir dos 4 meses por opção própria.
As luxações do carpo são lesões graves com mau prognóstico funcional. O diagnóstico e tratamento precoce são importantes na prevenção de necrose avascular e instabilidade cárpica.

PD 37

TRATAMENTO DO NEUROMA RECIDIVADO DO NERVO SENSITIVO RADIAL – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Alexandre Almeida; Margarida Mendes; Bernardo Correia; Francisco Carvalho
Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto

Introdução: O neuroma doloroso é uma complicação debilitante do trauma da mão e punho com repercussões importantes na qualidade de vida. No entanto, o tratamento desta patologia ainda não está estabelecido, existindo vários métodos possíveis para o tratamento/controlo da dor após a formação do mesmo. De entre os neuromas do membro superior, o tratamento cirúrgico do neuroma do nervo sensitivo radial parece ser aquele associado a menores taxas de satisfação dos doentes, bem como a maiores taxas de dor pós-operatória.
Objetivo: Com este trabalho pretende-se avaliar qual o tratamento cirúrgico mais eficaz no tratamento do neuroma do nervo sensitivo radial.
Material e métodos: Realizou-se uma revisão de literatura, bem como uma análise crítica de um caso de tratamento de neuroma recidivado do nervo sensitivo radial.
Resultados: Apresenta-se um caso de um homem de 53 anos com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e um neuroma traumático na zona III envolvendo o nervo sensitivo radial, com queixas de parestesias e sensação de

"choque elétrico" na face dorsolateral do punho. Inicialmente, foi tratado com neurólise, exérese de neuroma e reconstrução de gap nervoso com enxerto nervoso colhido de um dos ramos dorsais do nervo sensitivo radial colocado em sentido antidrómico. Apresentou recidiva do quadro clínico ao décimo mês pós-operatório. Seguidamente, optou-se por uma cirurgia de revisão com exérese do neuroma e introdução do coto proximal ao nível do músculo braquiorradial tal como descrito por Mackinnon, obtendo-se resolução completa da sintomatologia. Segundo a literatura o neuroma do nervo sensitivo radial recorre em 20% dos casos com taxas de sucesso que variam entre os 68-100% após intervenção cirúrgica.

Conclusão: O tratamento cirúrgico do neuroma é controverso. Existem múltiplas técnicas descritas para o tratamento do neuroma do nervo sensitivo radial, desde neurólise, enxerto de gordura, enxerto nervoso, implantação dirigia do nervo ao nível do nervo interósseo anterior ou numa veia adjacente, ou mesmo utilização de interfaces de nervo como músculo, veia ou cola de fibrina. A utilização de vários condutos nervosos poderá ser útil na preservação da sensibilidade do dorso da mão. No entanto, estas técnicas ainda se encontram pouco estudadas e têm como objetivo primário o alívio da dor. Assim, a introdução do coto proximal do nervo no músculo braquiorradial é um procedimento simples e que se apresenta como uma estratégica terapêutica eficaz.

PD 38

A TENÓLISE DE FLEXORES DOS DEDOS A MÃO COMO FATOR DESENCADEANTE DA DOENÇA DE DUPUYTREN

Inês Ferreira da Palma; Luís Araújo; Diogo Lacerda; André Ferreira; Ana Luísa Neto; Sílvia Silvério
Hospital Ortopédico de Sant'Ana

Introdução: A doença de Dupuytren é uma doença do tecido conjuntivo caracterizada por proliferação fibrosa anormal, parecendo ser mediada imunologicamente. É uma doença frequente essencialmente nos homens dos países do norte da Europa, sendo transmitida de forma autossómica dominante. Têm sido descritos vários fatores predisponentes. A relação de causalidade entre o trauma agudo, nomeadamente por intervenção cirúrgica, e o desenvolvimento da doença é um assunto que tem sido discutido ao longo dos anos.

Material e métodos: Foram avaliados dois doentes, um homem e uma mulher, com uma média de idades de 55 anos, que desenvolveram corda de Dupuytren após tenólise de flexores de dedo da mão.

Resultados: Apenas um dos doentes tinha história familiar de Dupuytren, sendo que o outro doente apresentava outros fatores de risco para o desenvolvimento da doença. O tempo decorrido desde o trauma até ao desenvolvimento da corda foi de 1 e 6 meses. Ambos os doentes foram submetidos a fasciotomia pelo mesmo cirurgião. Verificou-se recorrência da doença em um dos casos.

Discussão: A cirurgia representa um trauma local marcado, desenvolvendo uma resposta imune e de cicatrização dos tecidos, que parece servir como fator desencadeante para o início da doença de Dupuytren. A razão pela qual alguns doentes desenvolvem a doença e outros não ainda não é conhecida, embora a evolução cicatricial precoce pareça prever.

Conclusão: O desenvolvimento de doença de Dupuytren, em doentes com suscetibilidade, é um risco após trauma cirúrgico da mão.

PD 39

POSTER RETIRADO

PD 40

ARTRODESE DA ARTICULAÇÃO TRAPEZOMETACÁRPICA COM PLACA EM T E PARAFUSO INTERFRAGMENTÁRIO – APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO E TÉCNICA CIRÚRGICA

Ana Lopes; Teresa Araújo; Ana Raquel Monteiro; Ana Rita Félix; Mariana Almeida; Rita Lopes; Leonor Fernandes; Hugo Fernandes; Margarida Carvalho
Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Torres Vedras

Objetivos: A artrose carpometacárpica do primeiro dedo da mão ou rizartrose é uma causa frequente de dor e incapacidade com necessidade de intervenção cirúrgica. Nenhuma das técnicas utilizadas na atualidade se provou superior a outra. Uma das opções é a artrodese, tendo esta técnica uma taxa de não-união reportada de 6 a 20%. A fixação com placa em T é, actualmente, considerada o *Gold Standard*. Complementar esta técnica com a adição de parafuso obliquo interfragmentário, parece diminuir a frequência de não-união.

O objetivo deste trabalho é a apresentação de um caso clinico e técnica cirúrgica de uma paciente com rizartrose submetida a artrodese trapezometacárpica com a técnica acima descrita.

Material e métodos: Paciente do género feminino, 50 anos de idade, observada em consulta externa de ortopedia por dor e deformidade de ambas as mãos, mais pronunciada na mão direita, a dominante. Apresentava rizartrose com franca instabilidade e luxação da articulação trapezometacárpica e hiperextensão da articulação metacarpofalângica. Foi proposta intervenção cirúrgica que a doente aceitou.

Resultados: Foi realizada artrodese trapezometacárpica com placa em T, com adição de parafuso interfragmentário extra-placa para aumentar a compressão entre os topos. Manteve imobilização gessada durante 2 semanas, período após o qual utilizou ortótese protetora até às 5 semanas de pós-operatório.

No seguimento em consulta externa observou-se bom controlo álgico e melhoria das queixas com consolidação às 6 semanas após a intervenção.

A doente foi referenciada à Reumatologia, obtendo o diagnóstico de artrite reumatoide e iniciado terapêutica adequada.

Conclusões: A adição de parafuso interfragmentário à artrodese trapezometacárpica como descrito por Pflibsen *et al* parece diminuir a frequência de não-união nos pacientes submetidos a este procedimento, merecendo maior estudo com maior número de doentes.

Neste caso foi utilizado um parafuso interfragmentário com a orientação sugerida pelo artigo supracitado, mas não inserido na placa devido à conformação do material utilizado, tendo sido obtidos um bom resultado funcional, em termos de dor e força, e consolidação óssea.

PD 41

O DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DAS FRATURAS DO SEMILUNAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE PSEUDOARTROSE

Paula Vieira; Luísa Vital; João Lixa; Micaela Gonçalves; Filipe Duarte; Pedro Negrão
Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução: As fraturas do semilunar são raras na prática clínica, principalmente de forma isolada, e são frequentemente subdiagnosticadas numa fase aguda. A sua avaliação clínica e radiográfica é desafiante. A ausência de tratamento adequado aumenta o risco de complicações, tais como, não-união e necrose avascular. Neste trabalho é apresentado um caso de pseudoartrose do semilunar.

Métodos: Doente do sexo masculino, 42 anos de idade, encaminhado para consulta de Ortopedia por dor na vertente cubital do punho direito após trauma 8 meses antes. Radiograficamente objetivado colapso do semilunar. Foi complementado estudo com Ressonância Magnética que revelou pseudoartrose de fratura do rebordo volar do semilunar e sinais de impactação ulno-cárpica. Por falência de tratamento conservador, foi proposta intervenção cirúrgica.

Resultados: No mesmo tempo cirúrgico foram realizados: artroscopia do punho, abordagem volar do foco de pseudoartrose e fixação com 2 parafusos headless e osteotomia de encurtamento do cúbito com fixação com placa. Após tratamentos de reabilitação foi observada uma melhoria do arco de mobilidade, embora sem melhoria álgica evidente (VAS 7/10). A reavaliação imagiológica revelou sinais de processo de consolidação, mas com evidência de progressão de alterações degenerativas. Por manter dor limitante ao nível do punho, 1 ano após a cirurgia está proposto para carpectomia proximal com eventual *resurfacing* do grande osso.

Conclusões: A dor cubital do punho num contexto pós-traumático é um desafio diagnóstico, podendo traduzir múltiplas lesões, entre as quais, lesão da fibrocartilagem triangular, lesão do ligamento lunopiramidal, fratura do semilunar ou fratura do unciforme.

As fraturas isoladas do semilunar são uma entidade rara e a literatura existente é escassa. O seu tratamento depende do tipo de fratura, mas um tratamento numa fase inicial parece associar-se a melhores resultados funcionais. O caso descrito pretende alertar para a importância do diagnóstico precoce e para as dificuldades existentes na abordagem de potenciais complicações. Em contexto traumático, deverá ser mantido um alto índice de suspeição e um baixo limiar para complementar o estudo imagiológico adequado.

PD 42

POSTER RETIRADO

PD 43

TENOSSINOVITE DOS FLEXORES DO PUNHO COMO CAUSA DE RECORRÊNCIA DE SÍNDROME DO TÚNEL CÁRPICO – UM CASO CLÍNICO

Natália Barbosa; Joana Leitão; António Andrade; Nuno Pais; Diana Pedrosa; José Araújo; Rosana Pinheiro; Afonso Ruano.
Unidade Local de Saúde do Nordeste

Mulher, 62 anos, com história de tratamento cirúrgico a 24.07.2019 a síndrome do túnel cárpico (STC) à direita. Surge novamente 5 meses depois com recidiva das queixas associada a limitação da mobilidade dos dedos e edema da região volar da mão e punho. Submetida a nova cirurgia com identificação de significativa infiltração da bainha dos tendões flexores. Não se comprovou analiticamente infeção, diabetes mellitus, artrite reumatoide ou hiperuricemia. Histologicamente foi comprovada tenossinovite inespecífica. Imagiologicamente, também era francamente visível o espessamento das bainhas tendinosas dos flexores.

O STC é a neuropatia compressiva do membro superior mais comum. Idade, obesidade, sexo feminino, tabagismo, alcoolismo, atividades manuais repetitivas e patologias sistémicas como diabetes Mellitus, hipotiroidismo, artrite reumatoide ou amiloidose podem ser causas de STC. Existem outras causas mais raras como causas de compressão extrínseca como tumores locais, músculos aberrantes, quistos sinoviais, trombose da artéria mediana, doenças de acumulação ou infeções. As causas mais comuns de recidiva do STC são libertação incompleta do ligamento transverso do carpo, cicatrização do mesmo, desenvolvimento de neuroma do nervo mediano ou do palmar cutâneo, cicatriz hipertrófica da pele ou tenossinovite inflamatória ou gra-

nulomatosa. Neste caso não foi identificada nenhuma outra causa para a recorrência da compressão do nervo mediano que não a diagnosticada no exame histológico: tenossinovite não específica. A tenossinovite é um processo inflamatório das bainhas tendinosas e que mais comummente afecta o punho e mão. Está estimado que ocorra predominantemente em doentes com artrite reumatoide, afetando-os em 64-95% dos casos. Na maioria dos casos a tenossinovite é idiopática. Contudo, na etiologia desta doença podemos encontrar infeções (*S. aureus, Streptococcus*, micobactérias, …), doenças autoimunes (psoríase, artrite reumatoide, …), doenças sistémicas (Diabetes Mellitus, gota, …), atividades repetitivas ou alterações degenerativas podem estar na sua base. Os primeiros sintomas são parestesias causadas pela compressão extrínseca do nervo mediano. Posteriormente, começam a surgir nodularidades dos tendões flexores, diminuição da mobilidade dos dedos podendo até haver roturas. O tratamento da tenossinovite consite, em quase todas as suas formas, na tenossinovectomia dos flexores e descompressão cirúrgica do túnel cárpico.

PD 44

NEUROPATIAS NO DOENTE POLITRAUMATIZADO

Melanie Ribau; Raquel Afonso; Jóni Nunes; Pedro Pinho; Paulo Cunha; Guilherme Correia; César Correia; Tiago Barbosa; Pedro Varanda; Luís Filipe Rodrigues
Hospital de Braga

Introdução: As neuropatias compressivas periféricas são uma entidade comum, embora subdiagnosticada em doentes com quadros clínicos complexos. Alguns estudos apontam uma prevalência de até 3.3% de neuropatias periféricas associadas a traumatismos do membro superior, sendo os acidentes de elevada cinética os mais frequentemente envolvidos. O diagnóstico precoce é fundamental para impedir a perpetuação da lesão e eventuais danos irremediáveis.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um politraumatizado de 41 anos, observado na sequência de um acidente de motociclo do qual resultaram múltiplas fraturas, nomeadamente do úmero proximal à direita e do rádio distal à esquerda. Após um mês de internamento nos cuidados intensivos foi submetido a tratamento cirúrgico da fratura do rádio esquerdo. Foi realizada redução aberta com apoio artroscópico e fixação com placa. Às 6 semanas apresentava uma boa evolução radiológica, no entanto referia parestesias bilaterais dos membros superiores. À esquerda apresentava hipostesia no território do nervo mediano associada a diminuição da pronossupinação e da força de pinça. À direita apresentava hipostesia difusa da mão, mais marcada no território do nervo cubital. Foi proposto tratamento fisiátrico intensivo e solicitada eletromiografia (EMG) para esclarecimento etiológico. A EMG mostrou lesão axonal aguda do nervo mediano esquerdo e sugeriu lesão do cordão medial do plexo braquial direito.

Aos 6 meses apresentava resolução das queixas apenas à direita, tendo sido proposta exploração cirúrgica do nervo mediano com neurólise alargada a nível do antebraço e punho esquerdos.

Resultados: Um mês após a neurólise o doente manifestava melhoria significativa das queixas sendo que a EMG evidenciou melhoria da lesão axonal do nervo mediano esquerdo.

Atualmente, 2 anos após o acidente, o doente apresenta-se sem queixas sensitivo-motoras de ambos os membros superiores e de volta à sua atividade normal.

Discussão e conclusões: As neuropatias compressivas são uma das entidades mais complexas e fascinantes das Cirurgia da Mão, sendo que o seu tratamento permite alcançar resultados bastante gratificantes. Excetuam-

-se, no entanto, alguns casos de elevada comorbilidade seja pelo grau de lesão e tempo de evolução, ou pela negligencia diagnóstica.

PD 45

NEUROPATIAS COMPRESSIVAS – A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Melanie Ribau; Nuno Oliveira; Mário Baptista; Raquel Afonso; Jóni Nunes; Pedro Pinho; Paulo Cunha; Guilherme Correia; Tiago Barbosa; César Correia; Pedro Varanda; André Costa
Hospital de Braga

Introdução: As neuropatias compressivas em traumatologia apresentam uma causalidade bem estabelecida, no entanto, são frequentemente negligenciadas na ausência de um elevado grau de suspeição.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma senhora de 38 anos, observada por parestesias e falta de força da mão direita. Referia como episódio inaugural um traumatismo compressivo do antebraço há uma semana. Não apresentava quaisquer alterações à inspeção embora apresentasse parestesias de D1 a D3, hipostesia da eminência tenar e falta de força de pinça. Radiologicamente não se identificaram alterações.

Foi encaminhada para a consulta para estudo e vigilância e, às quatro semanas, mantinha as mesmas queixas que descrevia como "incapacitantes". O estudo complementar por RM evidenciou sinais de desnervação com atrofia e edema dos músculos da região tenar em provável relação com neuropraxia por esmagamento. Estas alterações foram corroboradas pelos achados de lesão axonal aguda do nervo mediano na EMG.

A doente foi então submetida a exploração cirúrgica do nervo mediano com neurólise alargada a nível do antebraço e punho.

Resultados: Duas semanas após a cirurgia a doente referia melhoria significativa das queixas, nomeadamente motoras.

Às seis semanas apresentava apenas hipostesia residual de D2.

Atualmente, três meses após a cirurgia, encontra-se muito satisfeita e retomou as atividades de vida diária sem quaisquer limitações.

Discussão e conclusões: As neuropatias compressivas são uma das entidades mais complexas e fascinantes das Cirurgia da Mão, sendo que o seu tratamento permite alcançar resultados bastante gratificantes. Excetuam-se, no entanto, alguns casos de elevada comorbilidade seja pelo grau de lesão e tempo de evolução, seja por negligencia diagnóstica. Apesar do extenso conhecimento acerca dos mecanismos de lesão e regeneração nervosa, o espectro clínico é vasto e a sua evolução imprevisível. Desse modo, é fundamental manter o seguimento assíduo dos doentes, fazendo uma avaliação clínica seriada e detalhada que permita adequar o tratamento.

Este caso distingue-se por se tratar de um traumatismo de baixa cinética, sem lesões osteoarticulares associadas, em que um elevado nível de suspeição associado ao seguimento assíduo e recurso devido aos exames complementares de diagnóstico disponíveis, permitiu optar pelo tratamento adequado e fundamental na resolução do quadro.

PD 46

LIPOMA GIGANTE DA 1ª COMISSURA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Teresa Clode Araújo; Leonor Fernandes; Rita Lopes; Mariana Almeida; Ana Rita Félix; Ana Cristina Lopes; Ana Raquel Monteiro
Centro Hospitalar do Oeste

O lipoma é o tumor mesenquimal mais comum. Pode desenvolver-se em qualquer área anatómica sendo raro na mão, onde representa aproximadamente 1 a 3,8% dos tumores benignos. Tipicamente o lipoma da mão apresenta-se entre a quinta e sexta décadas de vida, sem predominância de género e pode surgir em qualquer localização na mão, ge-

ralmente como uma massa indolor, móvel e de crescimento lento. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 56 anos com um tumor da primeira comissura da mão esquerda com 3 anos de evolução, crescimento progressivo e conteúdo lipídico nos exames complementares de diagnóstico. A doente exerce a sua atividade laboral como empregada de mesa pelo que o tumor, com cerca de 5 x 3 cm, condicionava limitações importantes na sua atividade diária. Eletivamente, fez-se a excisão cirúrgica em bloco do tumor, com preservação das estruturas neurovasculares e confirmação histológica de que se tratava de um lipoma. A doente teve um pós operatório sem intercorrências e regressou à atividade laboral, sem limitações, ao fim de 4 semanas.

PD 47

POSTER RETIRADO

PD 48

LEIOMIOMA DO DEDO – UM CASO RARO

Teresa Clode Araújo; Leonor Fernandes; Rita Lopes; Mariana Almeida; Ana Rita Félix; Ana Cristina Lopes; Ana Raquel Monteiro
Centro Hospitalar do Oeste - Hospital de Torres Vedras

O leiomioma é um tumor benigno do músculo liso, mais comumente associado com o miométrio uterino, sendo raro noutras localizações. Este tumor surge mais frequentemente em mulheres de meia idade, e representa menos de 1% de todos os tumores de tecidos moles do membro superior e uma percentagem ainda menor dos tumores da mão, pelo que é frequentemente subdiagnosticado. Na mão, estes tumores podem apresentar-se como pequenas massas dolorosas que, na sua maioria, são tratados com sucesso através da excisão cirúrgica. Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 42 anos que apresentava uma formação nodular dolorosa com 18 por 9 mm de maior eixo, que se estendia, na face cubital, da primeira falange, à articulação interfalângica proximal (IFP) e à segunda falange do quarto dedo, e condicionava um défice de extensão de 30 graus e de flexão de 15 graus, da IFP. Procedeu-se a excisão cirúrgica do tumor, tendo a avaliação anatomopatológica revelado tratar-se de um leiomioma. O pós-operatório não apresentou intercorrências, tendo a doente realizado fisioterapia e recuperado a mobilidade sendo que, à data da alta, apresentava uma limitação da extensão da IFP inferior a 10 graus, sem repercussão nas suas atividades de vida diária.

PD 49

POSTER RETIRADO

PD 50

FRATURAS ISOLADAS DA DIÁFISE DO RÁDIO: DEVEREMOS SUSPEITAR DE LESÕES ASSOCIADAS?
– A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria Rita Vaz; Tiago Fontainhas; Luís Barbosa Pinto; Luís Machado Rodrigues
Centro Hospitalar de Tondela-Viseu

Objetivos: As fraturas diafisárias do rádio estão muitas vezes associadas a instabilidade radiocubital distal (RCD). A redução anatómica e estabilização da fratura é geralmente suficiente para garantir a estabilidade da articulação radiocubital distal. Se a redução não for adequada, poderá existir uma instabilidade residual desta articulação e consequente limitação dos movimentos de pronossupinação. Descreve-se um caso clínico de uma fratura de Galeazzi não diagnosticada na abordagem inicial.

Material e métodos: Doente do sexo feminino, 30 anos, observada após traumatismo do antebraço esquerdo. Diagnosticada fratura diafisária do rádio e submetida a redução aberta e osteossíntese com placa LCP reta. Aos 2 meses, em seguimento em Consulta Exter-

na, constatada limitação da pronossupinação, associada a uma luxação volar da articulação RCD, em provável relação com consolidação da fratura do rádio em desvio dorsal. Submetida a osteotomia de subtração volar do rádio, redução aberta da articulação RCD e fixação da mesma com fio K. Após 3 semanas, retirado fio K e permitida mobilização controlada.

Resultados: No último *follow-up*, aos 3 meses, a doente apresenta-se sem dor ou limitação de mobilidade, e mantém redução da RCD nas radiografias.

Conclusões: O rádio e o cúbito, juntamente com as suas articulações proximal e distal, formam um anel, cuja rotura num ponto deve sempre fazer-nos suspeitar de lesões adicionais. Como tal, na presença de uma fratura diafisária do rádio aparentemente isolada, particularmente nos seus terços médio ou distal, devemos excluir instabilidade RCD (fratura de Galeazzi). Assim, é essencial um exame clínico cuidado do doente, e avaliação radiológica não só do antebraço, mas também do punho, procurando sinais sugestivos de lesão RCD (encurtamento ou desvio dorsal do rádio, diástase RCD ou fratura da apófise estiloide do cúbito). Deve ser ainda feita uma avaliação intraoperatória após osteossíntese do rádio. Na maioria dos casos, a redução anatómica da fratura é suficiente para garantir uma estabilização da RCD. Menos frequentemente, quando persiste instabilidade, é necessário proceder a uma fixação da mesma ou até redução aberta.

No caso descrito, foi utilizada uma placa LCP reta sem moldagem prévia, que não respeitou a curvatura anterior do rádio, resultando por isso numa luxação volar da cabeça do cúbito em relação à fosseta sigmoide do rádio. A restituição da curvatura normal do rádio permitiu uma redução da RCD e recuperação funcional completa.

PD 51

RETALHO LIVRE MIOCUTÂNEO DE LATISSIMUS DORSI – UM *WORKHORSE* DE COBERTURA DE DEFEITOS TEGUMENTARES EXTENSOS DO MEMBRO SUPERIOR

Manuel Vilela[1]; Diogo Andrade de Guimarães[1]; Miguel Ribeiro Matias[1]; Sara de Almeida Carvalho[1]; Luís Vieira[1]; Luís Mata Ribeiro[1]; Diogo Casal[1,2]; Maria Manuel Mouzinho[1]

[1]Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética e Unidade de Queimados, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central ;[2]NOVA Medical School – Faculdade de Ciências Médicas

Objetivos: Traumatologia do membro superior é uma entidade extremamente comum com múltiplos mecanismos causadores. Por vezes, a perda de substância tegumentar poderá ser marcada, sendo que o cirurgião terá que contemplar a proteção de estruturas nobres vitais para a correta função do mesmo. Por vezes, a perda de substância tegumentar poderá ser extensa, obrigando à realização de um procedimento microcirúrgico para a sua cobertura. O retalho livre miocutâneo de *Latissimus Dorsi* (LD) é uma opção viável neste tipo de patologia, pela sua versatilidade, facilidade e relativa consistência de dissecção e comprimento de pedículo, estando largamente descrito na literatura

Material e métodos: Descrevemos um caso clínico de um doente com acidente de viação resultando em um defeito tegumentar extenso do dorso do antebraço, tendo sido submetido a um retalho livre miocutâneo de LD para cobertura do mesmo

Resultados: Demonstramos o pós-operatório imediato e a 1 ano, com cobertura eficaz e duradoura.

Conclusões: O retalho livre miocutâneo LD deverá constituir um esteio no armamentário de hipóteses cirúrgicas de reconstrução de defeitos tegumentares extensos do Membro Superior.

PD 52

ACUTE ISOLATED TRAUMATIC TRAPEZIOMETACARPAL JOINT DISLOCATION

Eva Campos Pereira[1]; Carlos Freitas[2]; Filipe Rodrigues[3]; Fabíola Ferreira[1]; Marco Freitas[1];
[1]Hospital Central do Funchal; [2]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; [3]Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdution: *Acute isolated dislocation of the trapeziometacarpal (TMC) joint is uncommon. The most common mechanism is axial loading while the thumb is in a flexed position. Treatment ranges from closed reduction and casting to ligament repair or reconstruction. Non-diagnosed conditions cause chronic instability, painful arthritis and decreased grip force.*

Aim: *The authors report a case of traumatic TMC joint dislocation treated with close reduction and percutaneous pinning with good results.*

Methods: *A right-handed, 24-years-old, cooker man presented in our emergency department with pain and edema in his right thumb after a traffic road accident. The radiographs and computerized tomography scan showed an isolated TMC dislocation with no associated fractures. After reduction a cast was performed in hyperpronation because of the joint instability without immobilization.*

Results: *Radiographs performed 10 days after immobilization revealed dislocation recurrence. Patient underwent a closed reduction and 3 percutaneous Kirschner-wires (K-wires) pinning. At 4 weeks of follow-up, K-wires were removed and patient started active controlled motion. At 3 months of follow-up, the patient had full painless motion, good alignment on radiographs and full duty release.*

Conclusion: *Acute isolated TMC dislocation account for approximately 1% of all hand lesions. The passive screw-home-torque technique stabilize the TMC joint and helps to perform a spica cast or orthosis immobilization. Management of this rare injury is still on debate. The most reported adverse outcome is instability, which can lead to articular degenerative changes. Despite the short-term follow-up, the authors believe that percutaneous pinning was a viable option for the case reported.*

PD 53

FRATURA LUXAÇÃO PERILUNAR TRANSESCAFÓIDE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Liliana Domingues; Filipe Machado; Gonçalo Lavareda; Sofia Carvalho; Eduardo Silva; Inês Domingues; Rui Cunha; João Neves
Hospital Ortopédico Sant'iago do Outão – Setúbal

Objetivos: As fraturas-luxação perilunar transescafóide são lesões incomuns, mais frequentes em jovens associadas a traumas de alta energia. Estas luxações passam despercebidas em 25% dos casos, progredindo para instabilidade do carpo e artrose pós-traumática. O reconhecimento do mecanismo de lesão e dos sinais radiológicos clássicos desta luxação é fundamental para diminuir o risco de não diagnóstico. Na sua presença deve ser realizada redução fechada imediata para diminuir a pressão sobre os tecidos moles e o nervo mediano. O insucesso dessa redução pode indicar a presença de cápsula volar interposta e assim ser necessário uma redução aberta. Sem tratamento, os resultados funcionais e radiográficos são insatisfatórios.

Material e metódos: Os autores apresentam um caso clínico, género masculino, 32 anos admitido na Urgência após um acidente de motociclo com traumatismo do punho e mão. À admissão apresentava deformidade do punho e mão, sem défices neurológicos ou vasculares. Após a realização dos exames complementares foi identificada uma luxação perilunar transescafóide. Foi realizada redução fechada e imobilização e foi proposta

intervenção cirúrgica. Após uma abordagem dorsal para exposição da articulação, a fratura do escafoide foi reduzida e fixada com um parafuso e o ligamento lunotriquetral foi reparado com uma âncora. Os exames radiológicos após a intervenção demostraram a restituição completa de arcos menores e maiores e a linha de Gilula´s foi normalizada.

Resultados: A abordagem dorsal do punho permite uma exposição adequada para a redução dos ossos do carpo, a fixação interna e a reparação ligamentar. O sistema de parafuso do escafóide tem sido relatado como um procedimento tecnicamente exigente, contudo os fios K por si só têm sido insatisfatórios em manter o alinhamento lunotriquetral. Neste caso foi realizada a reparação do ligamento lunotriquetral associada à fixação interna do escafoide com uma âncora. O doente apresentou um alívio da dor e recuperou a amplitude de movimento e força.

Conclusão: Estas lesões são de alta energia e muitas vezes são negligenciadas à admissão. O diagnóstico e o tratamento imediatos são fundamentais para prevenir a incapacidade a longo prazo, a perda de amplitude de movimento e a dor. Os autores consideraram interessante este caso, não só pela raridade da patologia e sua complexidade, mas também para que possamos rever e sistematizar os sinais radiológicos e critérios clínicos para o diagnóstico desta patologia.

PD 54

ROTURA ESPONTÂNEA DO LONGO EXTENSOR DO POLEGAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Liliana Domingues; Filipe Machado; Gonçalo Lavareda; Sofia Carvalho; Eduardo Silva; Inês Domingues; Rui Cunha; Amílcar Araújo; Tiago Toscano
Hospital Ortopédico Sant'iago do Outão – Setúbal

Objetivos: A rotura do tendão longo extensor do polegar (EPL) é uma das lesões tendinosas mais comuns da mão. Estas lesões podem resultar de um trauma direto ou secundárias a doenças degenerativas, inflamatórias ou após um processo de consolidação óssea. A rotura normalmente ocorre na região do tubérculo de Lister devido à elevada fricção e a uma baixa vascularização. Muitas hipóteses de tratamentos tem sido sugeridas, nomeadamente enxerto do Palmaris Longus, artrodese interfalângica ou transferência tendinosa recorrendo ao extensor próprio do indicador(EIP).

Material e métodos: Os autores apresentam um doente, género feminino, 78 anos, admitida na Urgência após traumatismo do punho do qual resultou fratura do rádio distal (Frikman I). Foi realizada redução fechada e imobilização que foi mantida até as 5 semanas. Aos 10 meses de *follow up* foi verificado défice de extensão da falange distal do polegar, sem trauma recente. Foi realizada uma ecografia que confirmou rotura do EPL.

Resultados: Foi proposto tratamento cirúrgico. Foi realizada uma incisão dorsal sobre o 1º metacarpo para isolamento do coto distal do EPL e uma dorsal ao 2º metacarpo para identificação do EIP.O EIP foi transferido por um túnel subcutâneo para o 1ºmetacarpo e suturado ao coto distal do EPL. Após a tenorrafia foi testada a tensão da sutura e foi aplicada uma tala em extensão durante 3 semanas. A tala foi removida e foi iniciada a reabilitação para recuperação da extensão completa do pole-

gar, força de apreensão e de oponência. Após a remoção da tala, a doente realizava extensão completa do 2º dedo e ligeira extensão da falange distal do polegar. Na consulta de *follow up* aos 3 meses, a doente realizada extensão completa da falange distal do polegar.

Conclusão: Na presença de uma rotura do EPL, sutura topo-a-topo não é uma hipótese viável devido ao processo degenerativo que surge após a sutura. A reparação com enxertos tendinosos, tal como o *Palmaris Longus* tem sido abandonada devido à necessidade de realizar várias incisões e uma sutura tendinosa dupla. Por esta razão, a transposição tendinosa tem apresentado melhores resultados. De acordo com a literatura o tendão que proporciona os melhores resultados em relação à extensão da falange distal na reparação do EPL é o EIP. No caso apresentado foram identificados bons resultados, apresentado uma extensão completa da falange distal do polegar, com força de apreensão e de oponência semelhante ao membro contralateral.

PD 55

HIPERTRICOSE ADQUIRIDA LOCALIZADA ASSOCIADA A TALA APÓS DESVASCULARIZAÇÃO DO POLEGAR

Gonçalo Tomé; Rita Meireles; João Baltazar; Carla Diogo; Miguel Vaz
Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Queimados do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Objetivos: Avaliação de hipertricose adquirida e localizada no membro superior após imobilização com tala e revisão literatura sucinta da etiologia e fisiopatologia.

Material e métodos: Foi realizada a análise de um caso de hipertricose adquirida localizada após imobilização com tala e uma revisão sucinta da literatura conduzida com recurso à Pubmed.

Resultados: Apresentamos o caso de um jovem de 20 anos do sexo masculino, previamente saudável e sem antecedentes de patologia sistémica, que terá sofrido um traumatismo com amputação parcial do polegar direito. Este foi submetido a cirurgia de revascularização, fixação óssea e imobilização temporária de apoio com uma tala de fibra de vidro. Evidenciou-se um aumento da densidade e comprimento piloso no local prévio da tala, apresentando regressão progressiva ao longo dos 3 meses subsequentes. A hipertricose adquirida localizada consiste numa condição mais frequentemente reportada associada ao uso de tala e na população mais jovem. Esta pode associar-se ao ambiente quente e húmido, à fricção e inflamação da tala, à regeneração óssea, a efeitos hormonais ou autonómicas simpáticas.

Conclusão: Hipertricose adquirida localizada consiste numa condição não incomum, benigna e maioritariamente reversível, que se pode associar ao uso de tala.

PD 56

TUMOR GLÓMICO: UM DIAGNÓSTICO NEM SEMPRE FÁCIL

Joana Costa e Silva; Ana Martins; Mariana Agostinho Vera Eiró; Marta Serra; José Nuno Ramos
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução: O tumor glómico é um tumor de células mesenquimatosas benigno com uma incidência de até 5% de todos os tumores da mão. Tem uma localização frequentemente subungueal, e a tríade clássica de sintomas engloba hipersensibilidade ao frio, dor intensa intermitente e palpação dolorosa. Os tumores têm dimensão normalmente inferior a 1cm de diâmetro, e podem apresentar-se como um nódulo de cor vermelho-azulada, com deformidade de descoloração da unha. Estas características não estão sempre presentes, principalmente em tumores pequenos e profundos, sendo necessária maior suspeição clínica, aliada a exames de imagem de forma a optar pela melhor abordagem cirúrgica. Em

muitos casos o diagnóstico é atrasado por muito tempo enquanto o doente apresenta dores intensas, frequentemente mal diagnosticados com artrite ou nevralgias.
Material e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema, no que diz respeito ao diagnóstico e abordagem cirúrgica, aliada a apresentação de alguns casos clínicos.
Resultados: Apesar da tríade clássica de sintomas, em muitos casos esta não está presente, e as lesões são difíceis de localizar, principalmente quando são inferiores a 0,5 cm. Nestas situações, existem testes diagnósticos úteis, como o teste de Love, o teste de Hildreth ou teste de sensibilidade térmica.
Conclusões: O diagnóstico correto é realizado através do exame objetivo, imagiológico e patológico. A localização pré-operatória e a excisão complete são essenciais na prevenção da recorrência e na deformidade da unha.

PD 57

POSTER RETIRADO

PD 58

O EFEITO DA PANDEMIA NA DECISÃO DO DOENTE - FRATURA DO RÁDIO DISTAL

José Fernandes; Vítor Vidinha; Alina Frolova; Pedro Pereira; Sara Santos; António Sousa
Centro Hospitalar e Universitário de São João

Objetivos: No contexto atual de pandemia COVID19, o racionamento dos recursos hospitalares e o receio dos doentes em recorrer aos serviços de saúde tem impacto nas opções terapêuticas. Apresentamos um caso clínico de uma fratura distal do rádio, estabilizada inicialmente com fixador externo, e a recusa da doente em realizar osteossíntese definitiva num 2º tempo.
Materiais e métodos: Sexo feminino, 77 anos, recorreu ao serviço de urgência por queda da própria altura com traumatismo do punho direito. Ao exame objetivo apresentava diminuição da mobilidade ativa do punho com edema significativo, sem défices neurovasculares e ferida punctiforme volar na transição metáfise-diafisária. O Rx e o TC demonstraram uma fratura cominutiva intra-articular do rádio e cúbito distais, com encurtamento e desvio significativo dos fragmentos (AO 2R3C3.2/2U3A1.2). No mesmo dia, foi submetida a manipulação incruenta e estabilização da fratura com fixador externo transarticular. A doente foi internada para vigilância das condições de pele e agendamento de osteossíntese definitiva. Durante o internamento, a doente manifestou desejo de ter alta hospitalar recusando nova cirurgia por receio de infeção por COVID19. Às 10 semanas após fratura, retirou o fixador externo em regime de ambulatório e iniciou esquema de reabilitação no domicílio.
Resultados: Aos 10 meses, a doente apresentava fratura consolidada no Rx, VAS = 2 em repouso e mobilização, score DASH 6,67 e um défice global de 20° na extensão/flexão do punho em relação ao contralateral.
Conclusões: O tratamento das fraturas do rádio distal com fixador externo baseia-se no princípio da distração e ligamentotaxia para redução e estabilização da fratura. Apesar de alguns trabalhos apresentarem bons resultados da osteotaxia, esta continua a ser geralmente utilizada como tratamento inicial, até que estejam criadas condições para o tratamento definitivo. Quando comparados com a osteossíntese com placa volar, os fixadores externos apresentam piores resultados ao nível da mobilidade e força a curto prazo e no controlo da inclinação e altura do rádio distal. No entanto, dos 3 aos 12 meses após fratura, estas diferenças deixam de ter significado estatístico e os doentes apresentam resultados funcionais e de satisfação semelhantes. Neste caso, o tratamento escolhido foi imposto pela situação pandémica mundial. Contudo, o resultado funcional obtido foi semelhante ao

expectável com a osteossíntese com placa volar longa bloqueada do rádio distal.

PD 59

RIZARTROSE: QUAL A ABORDAGEM?

Ana Martins; Frederico Guerreiro; Nuno Ramos; F. Costa Domingues; Nelson Teixeira
Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Maxilo-Facial do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital de Egas Moniz

Introduçao/Objetivo: A rizartrose é o termo dado à artrose da articulação carpometacárpica do primeiro dedo da mão. É uma patologia comum, sobretudo no sexo feminino pós-menopausa.

O polegar é essencial para movimentos de pinça, oposição e preensão. Apesar das consequências da rizartrose na morbilidade global,é ainda subdiagnosticada. E, embora não sendo a artrose mais frequente da mão, é a que mais comumente necessita de tratamento cirúrgico.

Este trabalho aborda características desta patologia através de uma revisão bibliográfica e apresentação de casos clínicos, pretendendo-se demonstrar a adequação das opções terapêuticas disponíveis.

Material e métodos: Avaliamos 46 casos intervencionados por rizartrose num estudo retrospetivo de 3 anos (2018-2020), analisando características demográficas e opções cirúrgicas, expondo-se indicações, vantagens e desvantagens através de uma revisão da literatura.

Resultados: Atualmente as opções cirúrgicas disponíveis são diversas. A trapezectomia simples é indicada nos estádios II-IV Eaton, sobretudo idosos com requisitos funcionais baixos.

As técnicas de reconstrução ligamentar e interposição tendinosa (LRTI) permitem reduzir a instabilidade e migração proximal do 1º metacarpo. Os tendões flexor radial do carpo e abdutor longo do polegar são os mais utilizados. Uma modificação recente inclui utilização de material aloplástico na suspensoplastia, o *Mini TightRope* (MTR). Estudos mostraram que o MTR é biomecanicamente superior a LRTI, permitindo uma mobilização precoce.

Na artroplastia com implante, apesar da célere recuperação, os resultados a longo prazo são controversos, dadas as elevadas taxas de reintervenção.

Dos 46 casos analisados, 38 são cirurgias primárias: 1 trapezectomia simples,16 LRTI, 18 MTR e 3 artroplastias com prótese. A media de idade dos doentes é 62,5anos, sendo sobretudo do sexo feminino. No seguimento realizado entre 7 a 43 meses, foram avaliados os valores médios de VAS e ScoreQuickDASH. Verificou-se um valor superior nas escalas utilizadas em doentes submetidos a MTR face aos casos de LRTI. As 8 reintervenções consistiam em 3 artroplastias com prótese, 2 LRTI, 2 MTR e 1 trapezectomia simples.

Conclusões: A seleção entre técnicas cirúrgicas deve ser criteriosa, devendo considerar não só o estadio da doença mas também características do doente. Existe ainda controvérsia na literatura relativamente à melhor opção cirúrgica, contudo a maioria dos autores concorda que a ressecçao do trapézio é parte importante no alívio da dor.

XXVI CONGRESSO PORTUGUÊS DE CIRURGIA DA MÃO

V Congresso Luso-Espanhol de Cirurgia da Mão

Organização

Sociedade Portuguesa de Cirurgia da Mão

SECMA Sociedad Española de Cirugía de Mano

Major Sponsor

acumed

OSTEOMED

Sponsors

Arthrex

DePuy Synthes

EXPOMÉDICA

Palex Luso Palex Lda

mc medical a werfen company

MUC Bonecare

osteoplac

KLS martin Group

SKYMEDICAL

stryker

SOCIME MEDICAL Medical Devices Company

ZIMMER BIOMET

Secretariado

admédic+

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10
E: paula.cordeiro@admedic.pt
sofia.gomes@admedic.pt
W: www.admedic.pt