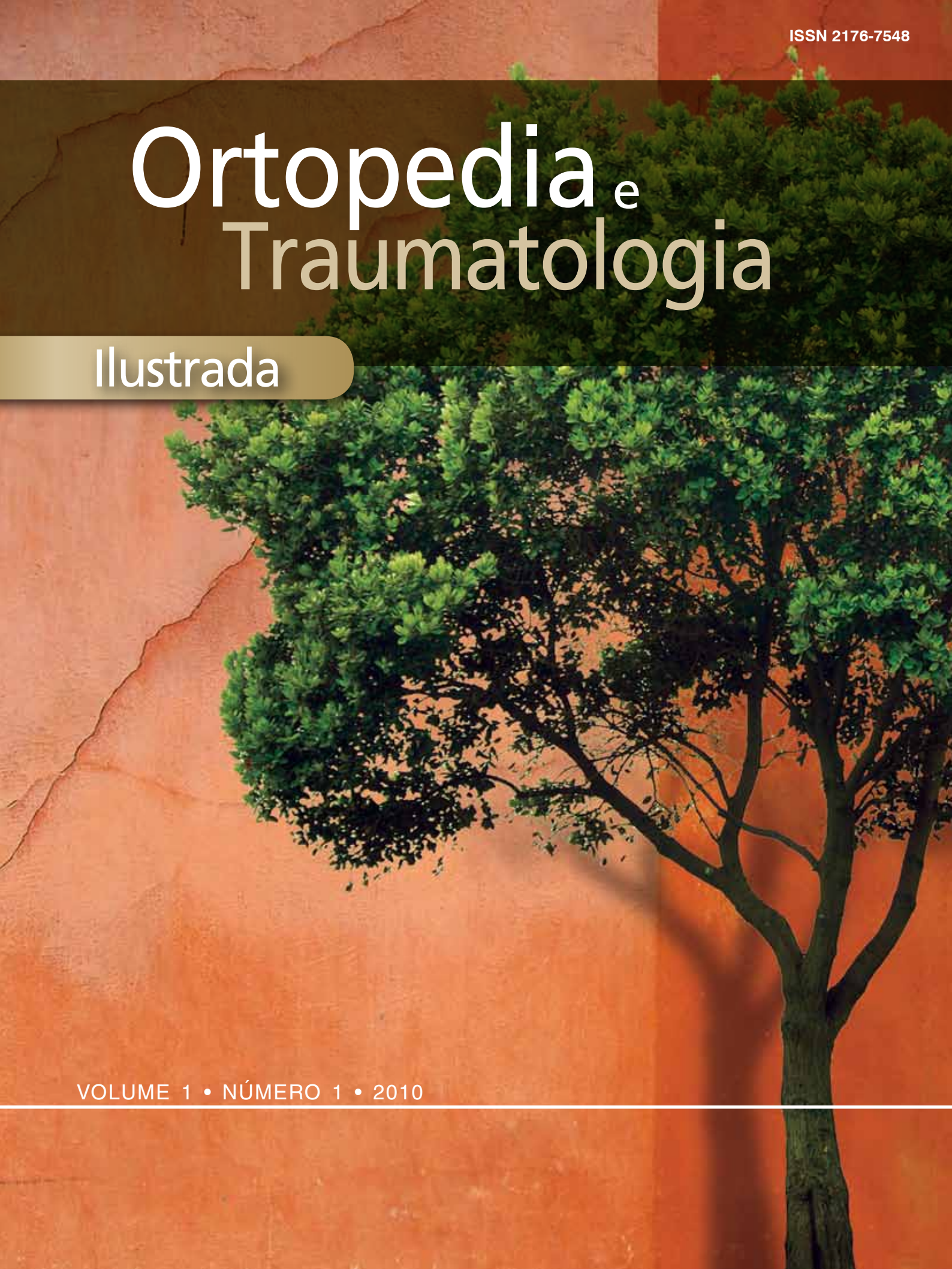


Ortopedia^e Traumatología

Ilustrada

VOLUME 1 • NÚMERO 1 • 2010



mirtax

cloridrato de ciclobenzaprina

Bem-estar sem dor.

10 comprimidos
(5 mg e 10 mg)



custo acessível



Reduz a dor local e o espasmo^{1,2}, melhorando a mobilidade.²



Rápido alívio nos sinais e sintomas de um espasmo muscular agudo.²



Melhora a qualidade do sono.³

A única ciclobenzaprina com 6 apresentações e custo acessível ao tratamento.⁵

Mirtax (cloridrato de ciclobenzaprina) - comprimidos revestidos*

PMC [†]	5 mg at 2,75	5 mg at 2,75	5 mg at 2,75	10 mg at 2,75	10 mg at 2,75	10 mg at 2,75
17%	8,01	10,32	20,66	8,97	11,49	22,98
18%	8,13	10,47	20,94	9,10	11,64	23,29
19%	8,24	10,61	21,24	9,23	11,80	23,61

Interação medicamentosa: pode aumentar os efeitos do álcool.⁴

Contraindicação: arritmia cardíaca.⁴

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: MIRTAX, cloridrato de ciclobenzaprina, MS - 1.1673.0293. Indicação: MIRTAX é indicado ao tratamento dos espasmos musculares associados com dor aguda e de etiologia músculo-esquelética. **Contraindicações:** HIPERSENSIBILIDADE A QUALQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA, PACIENTES QUE APRESENTAM BLOQUEIO CARDÍACO, ARRITMIA CARDÍACA, DISTÚRBIO DA CONDUÇÃO CARDÍACA, ALTERAÇÃO DE CONDUÇÃO, FALÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, HIPERTENSÃO E INFARTO DO MIOCÁRDIO. O USO SIMULTÂNEO DE MIRTAX E INIBIDORES DA MONOAMINO OXIDASE (MAO) É CONTRA-INDICADO. **Precauções e Advertências:** MIRTAX DEVE SER UTILIZADO COM CAUTELA EM PACIENTES COM HISTÓRIA DE RETENÇÃO URINÁRIA, GLAUCOMA DE ÂNGULO FECHADO, PRESSÃO INTRA-OCULAR ELEVADA OU NAQUELES EM TRATAMENTO COM MEDICAÇÃO ANTICOLinéRGICA. PACIENTES COM ANTECEDENTES DE TAQUICARDIA, BEM COMO OS QUE SOFREM DE HIPERTROFIA PROSTÁTICA, NÃO SE RECOMENDA A INGESTÃO DO MEDICAMENTO NOS PACIENTES EM FASE DE RECUPERAÇÃO DO INFARTO DO MIOCÁRDIO, NAS ARRITMIAS CARDÍACAS, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, BLOQUEIO CARDÍACO OU OUTROS PROBLEMAS DE CONDUÇÃO. A UTILIZAÇÃO DE MIRTAX POR PERÍODOS SUPERIORES A DUAS OU TRÊS SEMANAS DEVE SER FEITA COM O CUIDADO ACOMPANHAMENTO MÉDICO. OS PACIENTES DEVEM SER ADVERTIDOS DE QUE A SUA CAPACIDADE DE DIRIGIR VEÍCULOS OU OPERAR MÁQUINAS PERIGOSAS PODE ESTAR COMPROMETIDA DURANTE O TRATAMENTO. **GRAVIDEZ:** NÃO SE RECOMENDA A ADMINISTRAÇÃO DE MIRTAX DURANTE A GRAVIDEZ. **AMAMENTAÇÃO:** NÃO É CONHECIDO SE A DROGA É EXCRETADA NO LEITE MATERNO. **PELODIA:** NÃO FORAM ESTABELECIDAS A SEGURANÇA E A EFICÁCIA DE CICLOBENZAPRINA EM CRIANÇAS MENORES DE 16 ANOS. **GERMATIA:** NÃO SE DISPÕE DE INFORMAÇÕES. OS PACIENTES IDOSOS MANIFESTAM SENSIBILIDADE AUMENTADA A OUTROS ANTIMUSCULARES E É PROVÁVEL A MANIFESTAÇÃO DE REAÇÕES ADVERSAS AOS ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS RELACIONADOS ESTRUTURALMENTE COM A CICLOBENZAPRINA DO QUE OS ADULTOS JOVENS. **OCULTOLOGIA:** OS EFEITOS ANTIMUSCULARES PERIFÉRICOS DA DROGA PODEM INIBIR O FLUXO SALIVAR, CONTRIBUINDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE CÁRIES, DOENÇAS PERIODONTAIS, CARIÓDASE ORAL E MAL-ESTAR. **CARCINOGENICIDADE E ALTERAÇÕES SOBRE A FERTILIDADE:** OS ESTUDOS EM ANIMAIS COM DOSES DE 5 A 40 VEZES A DOSE RECOMENDADA PARA HUMANOS, NÃO REVELARAM PROPRIEDADES CARCINOGENICAS OU MUTAGENICAS DA DROGA. **Interação medicamentosa:** A ciclobenzaprina pode aumentar os efeitos do álcool, dos barbitúricos e dos outros depressores do SNC. Os antidepressivos tricíclicos podem bloquear a ação hipotensiva da guanilato e de compostos semelhantes. Anticídricos e antimusculares podem ter aumentada a sua ação, levando a problemas gastrointestinais e feno paralisia. Com inibidores da monoaminooxidase é necessário um intervalo mínimo de 14 dias entre a administração dos mesmos e da ciclobenzaprina, para evitar as possíveis reações. **Reações adversas:** SONOLÊNCIA, SECAZ DA BOCA, VERTIGEM, FADIGA, DEBILIDADE, ASTENIA, NAUSEAS, CONSTIPAÇÃO, DISPEPSIA, SABOR DESAGRADÁVEL, VISÃO BORROSA, CEFALÉIA, NERVIOSISMO E CONFUSÃO. **CARDIOVASCULARES:** TAQUICARDIA, ARRITMIAS, VASODILATAÇÃO, PALPITAÇÃO, HIPOTENSÃO. **DIGESTIVAS:** VÔMITOS, ANOREXIA, DIARRÉIA, DOR GASTROINTESTINAL, GASTRITE, FLATULÊNCIA, EDEMA DE LÍNGUA, ALTERAÇÃO DAS FUNÇÕES HEPÁTICAS, RARAMENTE HEMITE, ICTERÍCIA E COLESTASE. **HIPERSENSIBILIDADE:** ANAFILAXIA, ANGIOEDEMA, PRURIDO, EDEMA FACIAL, URTICÁRIA E "RASH". **MÚSCULO-ESQUELÉTICAS:** RIGIDEZ MUSCULAR. **SISTEMA NERVOSO E PSICOLÓGICAS:** ANXIEDADE, INSÔNIA, TREMORES, HIPERTONIA, CONVULSÕES, ALUCINAÇÕES, INSÔNIA, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, AGITAÇÃO, PARESTESIA, DÍPLOMA. **PELE:** SUDORESE. **SINTOMAS ESPECIAIS:** PERDA DO PALADAR, SENSAÇÃO DE FLUXO AGRESSIVO, "TUMIDÃO". **URINÁRIAS:** RETENÇÃO URINÁRIA. **Psicologia:** A dose usual é de 10 a 40 mg ao dia, dividida em uma, duas, três ou quatro administrações, ou conforme orientação médica. A dose máxima diária é de 40 mg. **VERBA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.**

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

BU 08 CPD 2726701

Mirtax é um medicamento. Durante seu uso, não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas.



Referências Bibliográficas: 1) BERRASTEN DC et al. Efficacy of a one-dose regimen of cyclobenzaprine hydrochloride in acute skeletal muscle spasm: results of a placebo-controlled trial. Clin Ther. 2002; 24(10): 2002-2012. 2) KATZ MA et al. The use of cyclobenzaprine in the treatment of acute muscle spasm: review of a decade of clinical experience. Clin Ther. 1992; 14(2): 218-230. 3) BERNETT HL et al. Assessment of cyclobenzaprine and placebo in the management of fibrositis. A double-blind randomized study. JAMA. 1986; 255(12): 1626-1630. 4) Guia de prática MIRTAX (cloridrato de ciclobenzaprina), MS - 1.1673.0293. 5) Revista Saúde, Janeiro 2010. Produto em Teste 2009.

NACIONAL TÉCNICO-COMÉRCIO EXCLUSIVO À CLASSE MÉRCA.

achē

Sumário

Ortopedia e Traumatologia

Ilustrada

EDITORES

Alberto Cliquet Júnior
Helton Luiz Aparecido Defino

CORPO EDITORIAL

Américo Zoppi Filho
Antonio Carlos Shimano
Antonio Egydio de Carvalho Júnior
Celso Herminio Ferraz Picado
Cláudio Henrique Barbieri
Claudio Santili
Cleber Antonio Jansen Paccola
Edgard Eduard Engel
Élcio Landim
Fábio Ferraz do Amaral Ravaglia
Gilberto Francisco Brandão
Heitor José Rizzardo Ulson
João Batista de Miranda
José Batista Volpon
Kevin A. Raskin
Marco Antonio Almeida Matos
Maurício Etchebehere
Mauricio kfuri Junior
Mauro Duarte Caron
Nilton Mazzer
Osvandré Lech
Philippe Neyret
Rodrigo Castro de Medeiros
Roger Badet
Rogério Teixeira da Silva
Romeu Krause
Sérgio Daher
Sérgio Rocha Piedade
William Dias Belangero



Publicação editada por
Atha Comunicação & Editora

Criação, Diagramação e Produção Gráfica
Rua Machado Bittencourt, 190 - 4º andar - Conj. 410
Cep: 04044-000 - São Paulo - SP
Tel: (11) 5087-9502 - Fax: (11) 5579-5308
e-mail: 1atha@uol.com.br

O conteúdo dos artigos publicados não
reflete necessariamente a opinião da
Revista Ortopedia e Traumatologia Ilustrada

Editorial.....5

**Técnica cirúrgica para correção do hálux valgo:
chevron associada à de Akin.....8**

Alberto Cliquet Jr, Cíntia Kelly Bittar

**Tratamento da contratura de Dupuytren pela
técnica da palma aberta.....14**

Ricardo Alberto Lupinacci Penno, Luiz Garcia Mandarano Filho, Márcio Takey Bezuti,
Nilton Mazzer, Cláudio Henrique Barbieri

**Realinhamento subcapital no escorregamento
epifisário proximal do fêmur.....18**

José B. Volpon, Daniel A. Carvalho Maranhão

**Tratamento de fratura osteocondral de
côndilo femoral.....29**

Giovanna Ignácio Subirá Medina, Alberto Cliquet Jr



APOIO



a linha aheflan® só cresce!



NOVO

Nova embalagem aheflan® creme 60g
para tratamento dos quadros crônicos.³
Princípios ativos estáveis em fonoforese.^{1,2}

Contra-Indicação:

Indivíduos sensíveis a *Cordia verbenacea* DC.
ou a qualquer componente da fórmula.

Interações Medicamentosas:

Não houve relato de interação medicamentosa nos
estudos conduzidos para avaliação do Acheflan.



Referências Bibliográficas: 1) Oliveira Jr EM, Pawan K, Alexopoulos DG, Nogueira FC, Lianca S, Blum WF. *Méd. de Pesq.* 25 (2): 2. Passos GF, Fernandes ES, da Cunha FM, Ferreira J, Planowski LF, Campos MM e Calixto JB. Anti-inflammatory and anti-allergic properties of the essential oil and active compounds from *Cordia verbenacea*. *J Ethno-Pharmacology* 110 – 323-333, 2007. 3) Barão C, Brandão DC, Brandão GC, Korukian M, Jesus-Garcia R, Bonfiglioli R, Souza Nery CA, Gambá R. Avaliação clínica da Eficácia e Segurança do uso de extrato padronizado da *Cordia verbenacea* em pacientes portadores de tendinite e dor miofascial. *Ver Bras. Méd.* 62 (1/2) 40-46, 2005.

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: ACHEFLAN. *Cordia verbenacea* DC. MS - 1.0573.0341. **MEDICAMENTO FITOTERÁPICO.** Creme. Esmalgas contendo 30 g e 60 g. Aerosol: Frasco contendo 75 mL. **USO ADULTO. USO TÓPICO – NÃO INGERIR.** Aerosol: **AGITE ANTES DE USAR.** Indicações: tendinites, afecções músculo-esqueléticas associadas à dor e inflamação, como dor miofascial (como dorsalgia e lombalgia), em quadros inflamatórios dolorosos associados a traumas de membros, entorses e contusões. **Contra-indicações: INDIVÍDUOS SENSÍVEIS A CORDIA VERBENACEA DC. OU A QUALQUER COMPONENTE DA FÓRMULA. OCORRÊNCIA DE SOLUÇÕES DE CONTINUIDADE (FERIDAS, QUEIMADURAS, LESÕES INFECCIONADAS, ETC).** **Advertências: ACHEFLAN É PARA USO EXTERNO E NÃO DEVE SER INGERIDO. NÃO DEVE SER UTILIZADO ASSOCIADO A OUTROS PRODUTOS DE USO TÓPICO. RAPIDAMENTE PODE CAUSAR AUMENTO DA SENSIBILIDADE LOCAL. TESTES REALIZADOS EM ANIMAIS INDICAM QUE ACHEFLAN NÃO APRESENTA ATIVIDADE IRRITANTE NA MUCOSA OCULAR. ENTRETANTO, RECOMENDA-SE LAVAR ABUNDANTEMENTE O LOCAL COM ÁGUA EM CASO DE CONTATO COM OS OLHOS.** Uso em idosos, crianças e outros grupos de risco: não existe experiência clínica sobre o uso de ACHEFLAN em idosos, crianças abaixo de 12 anos, gestantes e lactantes. Gravidez e lactação: categoria de risco na gravidez C: Não foram realizados estudos em animais prenhes e nem em mulheres grávidas. **"ESTE MEDICAMENTO NÃO DEVE SER UTILIZADO DURANTE A GESTAÇÃO OU AMAMENTAÇÃO SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA".** Interações medicamentosas: não houve relato de interação medicamentosa nos estudos conduzidos para avaliação do ACHEFLAN. Entretanto sua associação a outros fármacos deverá ser avaliada pelo médico. Reações adversas: O USO DE ACHEFLAN NÃO ESTÁ ASSOCIADO A RELATO DE REAÇÕES ADVERSAS. RAPIDAMENTE PODE CAUSAR AUMENTO DA SENSIBILIDADE LOCAL. **"ATENÇÃO: ESTE É UM MEDICAMENTO NOVO E, EMBORA AS PESQUISAS TENHAM INDICADO EFICÁCIA E SEGURANÇA ACETÁVEIS PARA COMERCIALIZAÇÃO, EFEITOS INDESEJÁVEIS E NÃO CONHECIDOS PODEM OCORRER. NESTE CASO, INFORME SEU MÉDICO."** Posologia: aplicação tópica, sobre a pele íntegra, de 8 em 8 horas. A duração do tratamento varia conforme a afecção que se pretende tratar. Nos ensaios clínicos a duração do tratamento variou entre 1 a 2 semanas podendo ser prolongado até 4 semanas. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. Farmacêutico Responsável: Dr. Wilson R. Farias CRF-SP nº. 9555. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA E PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

linhacheflanver CPO 20261182/linhacheflan CPO 22226103

Art07030



acheflan
Cordia verbenacea DC. 5 mg/g
achefarmgelo

phytomédica

achē

Editorial

Ortopedia e
Traumatologia

Ilustrada

VOLUME 1 • NÚMERO 1 • 2010

É com grande satisfação que apresentamos à classe médica a primeira edição da Revista Ortopedia e Traumatologia Ilustrada.

Trata-se de uma feliz parceria entre a Atha Comunicação e Editora e os Departamentos de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP e Unicamp. Assumimos a tarefa de sermos os editores deste novo veículo de comunicação e divulgação das técnicas cirúrgicas utilizadas na Ortopedia e Traumatologia para a comunidade médica do Brasil.

Sob o patrocínio do Aché, esta publicação visa através de uma leitura prazerosa contribuir com a atualização e avanços científicos, além de oferecer várias informações úteis no cotidiano dos nossos leitores por meio de artigos ricamente ilustrados.

A publicação está aberta a todos que queiram enviar seus artigos.

Esperamos contribuir com a divulgação e abrir um novo canal de comunicação com os colegas.

Alberto Cliquet Junior

Helton L. A. Defino

Biofenac

diclofenaco sódico

As embalagens de Biofenac 50 e Biofenac LP são 10.



* Biofenac 100mg com 10 cápsulas - FMC 1996 ** Biofenac 50mg com 10 comprimidos revestidos - FMC 1996

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: BIOFENAC / BIOFENAC LP, diclofenaco sódico, MS - 1.0573.0140. INDICAÇÕES: Doenças reumáticas inflamatórias e degenerativas. Síndromes dolorosas da coluna vertebral. Reumatismo extra-articular. Processos inflamatórios e dolorosos de origem não-reumática desde que o agente causal seja concomitantemente tratado e aderente aos tratamentos e pós-operatórios. Dismenorréia primária ou secundária. **CONTRA-INDICAÇÕES:** **BIOFENAC:** Crianças abaixo de 14 anos, com exceção de casos de artrite juvenil crônica. Hipersensibilidade a qualquer dos componentes de sua fórmula. Pacientes que apresentam úlcera péptica, esofágica, rinsite aguda ou urticária induzidas por AINEs. Distrofia sanguínea, trombocitopenias, distúrbios de coagulação sanguínea, insuficiência cardíaca, hepática ou renal graves. **BIOFENAC LP:** Crianças abaixo de 14 anos, com exceção de casos de artrite juvenil crônica. Hipersensibilidade a qualquer dos componentes de sua fórmula. Pacientes que apresentam úlcera péptica. Pacientes nos quais o ácido acetilsalicílico ou outros medicamentos inibidores da atividade da prostaglandina-sintetase induzam síndrome de Reye, rinsite aguda ou urticária. Distrofia sanguínea, trombocitopenias, distúrbios de coagulação sanguínea, insuficiência cardíaca, hepática ou renal graves. **CUIDADOS E ADVERTÊNCIAS:** São necessárias o diagnóstico preciso e o acompanhamento cuidadoso de pacientes com sintomas indicativos de afecção gastrointestinal, história progressiva de úlcera gástrica ou intestinal, colite ulcerativa, doença de Crohn ou a constatação de distúrbios do sistema hemostático ou da coagulação sanguínea assim como portadores de insuficiência das funções renal, hepática ou cardíaca. **BIOFENAC / BIOFENAC LP** pode inibir temporariamente a agregação plaquetária. Deve-se ter precaução especial em pacientes idosos debilitados ou naqueles com baixo peso corpóreo. Durante tratamentos prolongados com **BIOFENAC / BIOFENAC LP**, devem ser realizados por medida de precaução, exames periódicos de quadro hemostático e das funções hepática e renal. Não ingerir bebidas alcoólicas durante o tratamento com **BIOFENAC / BIOFENAC LP**. **BIOFENAC LP: ATENÇÃO DIABÉTICOS: CONTEM AÇÚCAR. GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** **BIOFENAC** somente deve ser empregado durante a gravidez quando houver indicação formal, utilizando-se a menor dose eficaz. Pela possibilidade de ocorrer infertilidade e/ou fechamento prematuro do canal arterial, essa orientação aplica-se particularmente, nos três últimos meses de gestação. Lactantes sob tratamento não devem amamentar. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Quando administrado concomitantemente com preparações contendo lítio ou digoxina, **BIOFENAC** pode elevar a concentração plasmática destas. Alguns agentes anti-inflamatórios não-esteróides são responsáveis pela inibição da ação de diuréticos. O tratamento concomitante com diuréticos poupadores de potássio pode estar associado à elevação dos níveis séricos de potássio, sendo necessário o controle periódico destes níveis. A administração concomitante de glicocorticóides e agentes anti-inflamatórios não-esteróides pode predispor à ocorrência de reações adversas do sistema gastrointestinal. O tratamento por via oral, com dose ou male anti-inflamatórios não-esteróides pode acarretar reações secundárias. A biodisponibilidade do diclofenaco é reduzida pelo ácido acetilsalicílico e vice-versa quando ambos são administrados concomitantemente. Cuidado deve ser tomado quando esta medicação for administrada, menos de 24 horas antes ou depois do tratamento com metotrexato, pois a concentração sérica desta droga pode se elevar e sua toxicidade ser aumentada. Pode ocorrer um aumento da nefrotoxicidade da ciclosporina por efeitos dos agentes anti-inflamatórios sobre as prostaglandinas renais. **BIOFENAC:** Como precaução, recomenda-se a realização de exames laboratoriais periódicos, quando anti-coagulantes forem administrados em conjunto para evitar se o efeito anticoagulante desejado está sendo mantido. **BIOFENAC LP:** Ensaios clínicos realizados em pacientes diabéticos mostram que **BIOFENAC LP** não interfere com substâncias anti-diabéticas de uso oral. **REAÇÕES ADVERSAS:** Epigastria, distúrbios gastrointestinais, cefaleia, sonolência, vertigem, "rash" ou erupções cutâneas. Elevação dos níveis séricos das enzimas aminotransferases (TGO e TGP). Pacientes que sentirem sintomas ou outros distúrbios do sistema nervoso central devem ser advertidos para não operarem maquinaria perigosa ou dirigirem veículos motorizados. **BIOFENAC É UM MEDICAMENTO. DURANTE SEU USO, NÃO DIRIJA VEÍCULOS OU OPERE MÁQUINAS, POIS SUA ATENÇÃO E ATENÇÃO PODEM ESTAR PREJUDICADAS. POSOLOGIA:** **BIOFENAC:** Recomenda-se iniciar a terapêutica com a prescrição de 100 a 150mg no dia. Em casos menos severos, bem como terapia a longo prazo, 50 a 100mg no dia são suficientes. A dose diária deve ser prescrita em duas a três tomadas. Na dismenorréia primária, a dose inicial é de 50 a 100mg ao dia. **BIOFENAC LP:** Administrar uma cápsula a cada 24 horas. Quando os sintomas forem mais pronunciados durante a noite ou pela manhã, **BIOFENAC LP** deverá ser administrado preferencialmente à noite. As cápsulas devem ser ingeridas intactas, sem mastigar, com um pouco de líquido, antes das refeições. **VENHA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO** Momento técnico científico de distribuição exclusiva à classe médica - Desenvolvida Científica e Informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. Fonte: Guia da Farmácia, nº 206 / pág. 65, dez. 2008. Março/2009.

ARTROLIVE

sulfato de glicosamina e sulfato de condroitina

Melhora de sintomas articulares a longo prazo.¹



Diminuição da dor²
• Ajuda na recuperação da rigidez articular.²

Glicosamina
• Estimula a síntese de proteoglicanos.³
• Efeito anti-inflamatório.³

Condroitina
• Estimula a síntese de hialuronato e proteoglicanos.³



Contraindicação: pacientes que apresentem hipersensibilidade a quaisquer componentes de sua fórmula.
Interação medicamentosa: é recomendável que pacientes diabéticos monitorem seus níveis sanguíneos de glicose mais frequentemente durante o tratamento com Artrolive.⁴

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1) PAVELKA K. et al. Glucosamine sulfate use and delay of progression of knee osteoarthritis: a 3-year, randomized, placebo-controlled, double-blind study. Arch. Intern. Med. 162: 2113-23; 2002. 2) REGINSTER J. et al. Naturalistic (glucosamine and chondroitin sulfate) compounds as structure-modifying drugs in the treatment of osteoarthritis. Curr. Opin. Rheumatol. 15: 651-55; 2003. 3) SEDA H & SEDA AC. Osteoarthritis. Reumatologia - Diagnóstico e Tratamento, 29: 307; 2001. 4) Bula do produto: ARTROLIVE (sulfato de glicosamina / sulfato de condroitina). MS - 1.0573.028. **INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO:** ARTROLIVE sulfato de glicosamina + sulfato de condroitina. MS - 1.0573.0286. **INDICAÇÕES:** ARTROLIVE é indicado para osteoartrite, osteoartrose ou artrose em todas as suas manifestações. **CONTRAINDICAÇÕES:** ARTROLIVE É CONTRAINDICADO EM PACIENTES QUE APRESENTEM HIPERSENSIBILIDADE A QUALQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA; GRAVIDEZ E LACTAÇÃO. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** SÃO NECESSÁRIOS O DIAGNÓSTICO PRECISO E O ACOMPANHAMENTO CUIDADOSO DE PACIENTES COM SINTOMAS INDICATIVOS DE AFECÇÃO GASTROINTESTINAL, HISTÓRIA PROGRESSIVA DE ÚLCERA GÁSTRICA OU INTESTINAL, DIABETES MELLITUS, OU A CONSTATAÇÃO DE DISTÚRBIOS DO SISTEMA HEMATOPOIÉTICO OU DA COAGULAÇÃO SANGÜÍNEA. ASSIM COMO PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA DAS FUNÇÕES RENAL, HEPÁTICA OU CARDÍACA. SE OCORRER EVENTUALMENTE ULCERAÇÃO PÉPTICA OU SANGRAMENTO GASTROINTESTINAL EM PACIENTES SOB TRATAMENTO, A MEDICAÇÃO DEVERÁ SER SUSPensa IMEDIATAMENTE. DEVIDO À INEXISTÊNCIA DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL, ARTROLIVE NÃO ESTÁ INDICADO PARA SER UTILIZADO DURANTE A GRAVIDEZ. NÃO EXISTEM INFORMAÇÕES SOBRE A PASSAGEM DO MEDICAMENTO PARA O LEITE MATERNO SENDO DESACONSELHADO SEU USO NESSAS CONDIÇÕES E AS LACTANTES SOB TRATAMENTO NÃO DEVEM AMAMENTAR. PODE OCORRER FOTOSSENSIBILIZAÇÃO EM PACIENTES SUSCETÍVEIS, PORTANTO PACIENTES COM HISTÓRICO DE FOTOSSENSIBILIDADE A OUTROS MEDICAMENTOS DEVEM EVITAR SE EXPOR À LUZ SOLAR. FORAM DESCRITOS NA LITERATURA, ALGUNS CASOS DE HIPERTENSÃO SISTÓLICA REVERSÍVEL, EM PACIENTES NÃO PREVIAMENTE HIPERTENSOS, NA VIGÊNCIA DO TRATAMENTO COM GLUCOSAMINA E CONDRITINA. PORTANTO A PRESSÃO ARTERIAL DEVE SER VERIFICADA PERIÓDICAMENTE DURANTE O TRATAMENTO COM ARTROLIVE. FORAM RELATADOS POUCOS CASOS DE PROTEINÚRIA LEVE E AUMENTO DA CREATININA-FOSFOQUINASE (CPK) DURANTE TRATAMENTO COM GLUCOSAMINA E CONDRITINA, QUE VOLTARAM AOS NÍVEIS NORMAIS APÓS INTERRUPTÃO DO TRATAMENTO. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** O tratamento concomitante com anti-inflamatórios não-esteroidais pode incorrer no agravamento de reações adversas do sistema gastrointestinal, sendo recomendada um acompanhamento médico mais rigoroso nesses casos. Alguns autores da literatura médica descrevem que o uso de glicosamina e condroitina pode incorrer em um aumento da resistência à insulina, porém, esses estudos foram realizados com doses muito superiores às indicadas na terapêutica clínica normal e sua validade ainda é discutida por vários outros autores. Estudos recentes demonstraram que a associação condroitina e glicosamina, quando empregada em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo II, não levou a alterações no metabolismo da glicose. Os resultados destes estudos não podem ser extrapolados para pacientes com diabetes mellitus descompensado ou não-controlado. É recomendável que pacientes diabéticos monitorem seus níveis sanguíneos de glicose mais frequentemente durante o tratamento com ARTROLIVE. O uso concomitante de ARTROLIVE com os inibidores da topoisomerase II (etoposídeo, teniposídeo e doxorubicina) deve ser evitado, uma vez que a glicosamina induziu resistência in vitro a estes medicamentos em células humanas cancerosas de cólon e de ovário. Há relato de um caso na literatura de potencialização do efeito da varfarina, com consequente aumento dos valores sanguíneos de INR (International Normalized Ratio). Portanto, o uso concomitante de ARTROLIVE com anticoagulantes orais deve levar em conta avaliações rigorosas do INR. **Reações adversas:** SISTEMA CARDIOVASCULAR: EDEMA PERIFÉRICO E TAQUICARDIA JÁ FORAM RELATADOS COM O USO DA GLUCOSAMINA, PORÉM NÃO FOI ESTABELECIDO UMA RELAÇÃO CAUSAL. FORAM DESCRITOS NA LITERATURA, ALGUNS CASOS DE HIPERTENSÃO SISTÓLICA REVERSÍVEL, EM PACIENTES NÃO PREVIAMENTE HIPERTENSOS, NA VIGÊNCIA DO TRATAMENTO COM GLUCOSAMINA E CONDRITINA. PORTANTO, A PRESSÃO ARTERIAL DEVE SER VERIFICADA PERIÓDICAMENTE DURANTE O TRATAMENTO COM ARTROLIVE. SISTEMA NERVOSO CENTRAL: MENOS DE 1% DOS PACIENTES EM ESTUDOS CLÍNICOS APRESENTARAM CEFALÉIA, INSÔNIA E SONOLÊNCIA NA VIGÊNCIA DO TRATAMENTO COM A GLUCOSAMINA. ENDÓCRINO-METABÓLICO: ESTUDOS RECENTES DEMONSTRARAM QUE A ASSOCIAÇÃO CONDRITINA E GLUCOSAMINA, QUANDO EMPREGADA EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO II, NÃO LEVOU A ALTERAÇÕES NO METABOLISMO DA GLICOSE. OS RESULTADOS DESTES ESTUDOS NÃO PODEM SER EXTRAPOLADOS PARA PACIENTES COM DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADO OU NÃO-CONTROLADO. É RECOMENDÁVEL QUE PACIENTES DIABÉTICOS MONITOREM SEUS NÍVEIS SANGÜÍNEOS DE GLICOSE MAIS FREQUENTEMENTE DURANTE O TRATAMENTO COM ARTROLIVE. GASTROINTESTINAL: NÁUSEA, DISPEPSIA, VÔMITO, DOR ABDOMINAL OU ERGÁSTRICA, CONSTIPAÇÃO, DIARRÉIA, QUEIMADA E ANOREXIA TÊM SIDO RARAMENTE DESCRITOS NA LITERATURA NA VIGÊNCIA DE TRATAMENTO COM GLUCOSAMINA E CONDRITINA. FELE: ERITEMA, PRURIDO, ERUPÇÕES CUTÂNEAS E OUTRAS MANIFESTAÇÕES ALÉRGICAS DE FELE FORAM REPORTADAS EM ENSAIOS CLÍNICOS COM GLUCOSAMINA. PODE OCORRER FOTOSSENSIBILIZAÇÃO EM PACIENTES SUSCETÍVEIS, PORTANTO PACIENTES COM HISTÓRICO DE FOTOSSENSIBILIDADE A OUTROS MEDICAMENTOS DEVEM EVITAR SE EXPOR À LUZ SOLAR. **POSOLÓGIA:** Adultos: Recomenda-se iniciar a terapêutica com a prescrição de 1 cápsula via oral 3 vezes ao dia. Como os efeitos do medicamento se hidam em média após a terceira semana de tratamento deve-se ter em mente que a continuidade e a não-interrupção do tratamento são fundamentais para se alcançar os benefícios analgésicos e de mobilidade articular. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.** CD 2112300

Melhor produto em Dez/2009



MATERIAL TÉCNICO-CIENTÍFICO EXCLUSIVO À CLASSE MÉDICA.

achê

TÉCNICA CIRÚRGICA PARA CORREÇÃO DO HÁLUX VALGO: CHEVRON ASSOCIADA À DE AKIN

ASSOCIATION OF CHEVRON AND AKIN TECHNIQUES FOR THE CORRECTION OF THE HALLUX VALGUS

Alberto Cliquet Jr¹
Cíntia Kelly Bittar²

1. PhD- Professor Titular do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP
2. Mestre e médica Assistente do Grupo do Pé e Tornozelo UNICAMP/PUCCAMP

Endereço para correspondência:
Rua Alaor Malta Guimarães 431, apto 83
Campinas; São Paulo; CEP: 13020-081;
Email:ckbit@uol.com.br

RESUMO

Alguns casos de hálux valgo leve e moderado operados pela técnica de osteotomia do tipo chevron apresentava resultados insatisfatórios, pois havia a persistência de alguma deformidade residual. O ângulo articular distal metatarsal (AADM) e o hálux valgo interfalangeal, não eram corrigidos com a técnica de chevron isolada. Por este motivo, a técnica de osteotomia do tipo *chevron* à osteotomia varizante de cunha fechada medial da base da falange proximal foi descrita para corrigir as deformidades residuais.

Descritores: osteotomia/métodos; hálux valgo/cirurgia.

ABSTRACT

Some cases of mild and moderate hallux valgus operated by chevron technique alone were dissatisfied result, because there was the residual deformity. The distal metatarsal articular angle and the hallux valgus interphalangeal, they weren't corrected. Therefore, the association of chevron and Akin techniques for the correction of deformities was made to correct the residual.

Keywords: osteotomy/method; hallus valgus/surgery.

INTRODUÇÃO

O hálux valgo é uma deformidade complexa em que, além do desvio medial do primeiro osso metatarsal e lateral das falanges do hálux, há também a subluxação lateral dos sesamóides, juntamente com a sua musculatura intrínseca, o que, além do desvio em valgo do hálux, também causa a sua pronação.

Kelikian¹, em 1965, relacionou mais de 130 técnicas para correção da deformidade de hálux valgo, cada qual com suas vantagens, limitações, riscos e dependência do estágio evolutivo da deformidade. Em sua revisão, nota-se que muitas das cirurgias são realizadas até os dias de hoje na sua forma original ou com poucas modificações. A partir de 1962, desenvolveu-se e tornou-se bastante difundida a correção do hálux valgo por uma osteotomia em “v” do colo primeiro osso metatarsal conhecida como *chevron*². A análise da evolução dos pacientes operados pela técnica de osteotomia do tipo *chevron* mostrou que, frequentemente, com esta técnica, nem sempre os resultados eram satisfatórios, pois havia a persistência de alguma deformidade residual. O ângulo articular distal metatarsal (AADM), que mede a inclinação da superfície articular do primeiro osso metatarsal, não

era suficientemente corrigido. Além disso, nos casos em que havia associação com hálux valgo interfalangeal, a correção não era eficaz. Por este motivo, alguns autores^(3,4) resolveram associar a técnica de osteotomia do tipo *chevron* à osteotomia varizante de cunha fechada medial da base da falange proximal, descrita por AKIN.^(5,6)

METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Os critérios de inclusão para o tratamento cirúrgico da associação das técnicas foram:

- Deformidade leve ou moderada. É classificada como leve, quando o ângulo do háluxvalgo
- Presença de dor na eminência medial da cabeça metatarsal sem melhora com o tratamento conservador.
- Articulação metatarsofalangeal do hálux congruente e sem sinais clínicos ou radiográficos de artrose.
- Ângulo articular distal do primeiro metatarso > 10 graus (Figura 1).



Figura 1. Mensuração do ângulo articular distal do metatarsal (AADM) formado entre a reta que une os dois pontos extremos distais da superfície articular distal do primeiro osso metatarsal e a perpendicular de seu ao eixo mediodiafisário. Valores normais - até 10°.

TÉCNICA CIRÚRGICA - CHEVRON

Após ser submetido à raquianestesia, o paciente foi colocado em decúbito dorsal horizontal e foi feita a assepsia do membro inferior a ser operado com iodo-povidona e álcool iodado. O campo operatório foi protegido com campos cirúrgicos esterilizados e o pé tornado exangue pela compressão, de distal para proximal, com faixa de Esmarch mantida no terço distal da perna, próxima ao tornozelo.

A cirurgia consistiu de incisão cutânea medial retilínea do terço proximal da falange proximal do hálux, até 1/3 distal do primeiro osso metatarsal, sem dissecação do nervo cutâneo dorsomedial. Uma vez definidos os retalhos cutâneos e feita a hemostasia com bisturi elétrico, foi exposta a cápsula da articulação metatarsofalangeal, aberta pelo seu lado medial por meio de uma incisão em “Y” horizontalmente desenhado, de modo a formar três retalhos: um retalho triangular cuja base permaneceu aderida à da falange proximal, um plantar e outro dorsal. Obrigatoriamente, a dissecação da cápsula articular deve ser limitada para diminuir ou minimizar ao máximo o risco de lesar a circulação sanguínea da cabeça do primeiro osso metatarsal.

Foi realizada a abertura da cápsula articular, com exposição da exostose da cabeça do primeiro osso metatarsal. A exostectomia e a osteotomia foram realizadas com serra oscilatória com lâmina delicada, para pequenos fragmentos. O parâmetro de ressecção da exostose foi o sulco entre ela e a cabeça do primeiro osso metatarsal, tangenciando a margem medial do pé.

Foi feita, então, uma osteotomia em “V” horizontal no nível da cabeça do primeiro osso metatarsal, com o ângulo de 60 a 70 graus aberto proximalmente, cujo vértice foi localizado no centro da cabeça.

Após completar a osteotomia, a cabeça do metatarso foi deslocada lateralmente em cerca de quatro a cinco milímetros e fixada com um fio de Kirschner de 1,5 mm, direcionado de proximal e medial para distal e lateral. Por fim, foi removido o triângulo ósseo medial remanescente proximal do colo metatarsal (Figuras 2,3,4,5,6,7,8,9 e 10).



Figura 2. Preparação para a cirurgia de chevron.



Figura 3. Incisão cutânea medial retilínea associada à dissecação de planos profundo.



Figura 4. Abertura da cápsula articular metatarsofalangeal.



Figura 5. Ressecção da exostose medial.



Figura 6. Realização da osteotomia em "V" na cabeça do primeiro osso metatarsal.



Figura 7. Fixação da osteotomia com fio de Kirschner.



Figura 8. Tensionamento da cápsula articular.



Figura 9. Fechamento da cápsula articular.



Figura 10. Fechamento dos planos cirúrgicos.

Os retalhos plantar e dorsal da cápsula articular metatarsofalangeal foram suturados com vicryl 3,0 com a tensão suficiente para reduzir os ossos sesamóides diretamente no seu sulco sob a cabeça metatarsal (é importante manter a articulação metatarsofalangeal alinhada, evitando-se tanto as hipocorreções como as hipercorreções). O retalho triangular serviu para modular a tensão adequada da cápsula medial durante a sutura na posição adequada. A pele foi fechada com pontos separados de fio mononáilon 4-0 e foi feito um curativo oclusivo e compressivo, mantendo um chumaço de gaze entre o primeiro e o segundo dedos como espaçador. O torniquete foi retirado após o curativo.

TÉCNICA CIRÚRGICA - CHEVRON ASSOCIADA À DE AKIN

Foi realizado o mesmo procedimento descrito acima, associado ao seguinte tempo cirúrgico: o terço médio da falange proximal foi exposta, ampliando a incisão distalmente. Com a serra oscilatória, foi removida uma cunha de três a cinco milímetros com base medial na metáfise proximal da falange do hálux. O corte proximal foi paralelo à articulação e o distal, perpendicular ao eixo médio da falange. Os fragmentos foram fixados com um fio de Kirschner de 1,0 mm, direcionado de proximal e medial para distal e lateral. É importante salientar que, na devida associação das osteotomias, a tensão realizada na sutura da cápsula para alinhar o hálux e os sesamóides deve ser menor do que a realizada na técnica de *chevron* isolada, uma vez que já há um melhor alinhamento ósseo do primeiro raio (Figuras 11 e 12).



Figura 11. Realização do mesmo procedimento descrito acima associado a osteotomia varizante de cunha fechada medial da base da falange proximal do hálux.



Figura 12. Ressecção da cunha da falange proximal do hálux.

PÓS-OPERATÓRIO

Mantém-se um chumaço de gaze entre o primeiro e segundo dedos por quatro semanas, trocado sempre que necessário. O paciente recebeu alta entre 12 e 24 horas. Foi estimulada a carga total imediata com uso de sandálias de solado rígido e alguns pacientes foram capazes de deambular nas primeiras 24 a 36 horas. Os pontos foram removidos com duas semanas e os fios de Kirschner, em oito semanas. A partir da 12ª semana, o uso da sandália foi abolido e permitiu-se o uso de sapatos convencionais, desde que tolerados, e salientaram-se os riscos de sapatos com salto e bico estreito. Não foi feita rotineiramente a reabilitação fisioterápica (Figura 13).

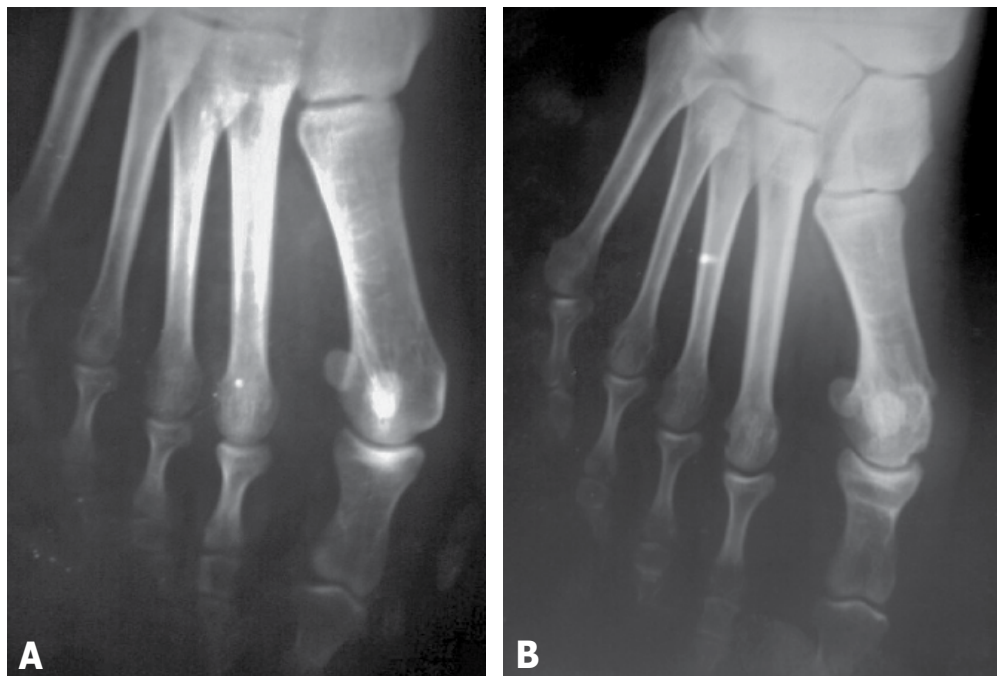


Figura 13 A e B. Radiografias pré e pós-operatórias usando associação das técnicas.

COMPLICAÇÕES

As complicações precoces são deiscência da sutura, necrose da pele e infecção. As tardias, neuroma incisional, recidiva ou hipercorreção da deformidade, necrose avascular da cabeça do primeiro osso metatarsal, pseudartrose do colo do primeiro osso metatarsal, pseudartrose da falange proximal, presença de calosidade plantar e metatarsalgia de transferência para o segundo ou terceiro ossos metatarsais.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Recentes estudos considerando a influência do ângulo articular distal metatarsal (AADM) no alinhamento pós-operatório da articulação metatarsofalangeal do hálux têm mostrado que existe uma correlação direta esse ângulo e o resultado clínico-funcional ^(6,8,9).

A associação das técnicas de osteotomias *chevron* e Akin permite que a correção das deformidades em hálux valgo de graus leve a moderado possa ser executada com menor dissecação das partes moles, pois não é necessária uma ampla dissecação cápsulo - ligamentar da articulação metatarsofalangeal.

A deformidade em pronação do hálux pode ser corrigida realizando-se rotação da osteotomia da falange proximal no sentido inverso ao da deformidade. Devido a uma menor desperiostização do segmento da cabeça metatarsal, há redução dos riscos de necrose avascular normalmente descritos como complicação da osteotomia tipo *chevron*^(7,10).

Além disso, a associação das técnicas corrige a deformidade em hálux valgo, sem interferir na congruência articular metatarsofalangeal às custas da criação de uma deformidade inversa na falange proximal, ao retirar uma cunha de base medial desse osso. Deste modo, mesmo com a articulação metatarsofalangeal voltada lateralmente, o eixo do primeiro raio (osso metatarsal e hálux) pode ser alinhado a partir da lateralização do fragmento distal da osteotomia do primeiro osso metatarsal (*chevron*), associado à varização da osteotomia da base da falange proximal (Akin), sem criar nenhuma incongruência articular.

REFERÊNCIAS

1. Kelikian, H. Hallux valgus, Allied Deformities of the Forefoot and Metatarsalgia, Philadelphia, WB Saunders, 1965.
2. Austin, D.W.; Leventen, E.O. A new osteotomy for hallux valgus: a horizontally directed "V" displacement osteotomy of the metatarsal head for hallux valgus and primus varus. Clin Orthop, 157:25-30, 1981.
3. Smith, R. W.; Chairman, P.; Reynolds, I.C. Hallux Valgus Assesment : Report of research Committe of American Orthopaedic and Ankle Society. Foot Ankle Int, 5:92-103, 1984.
4. Mitchell, A.L.; Baxter, D.E. A chevron-Akin double osteotomy for correction of hallux valgus. Foot Ankle Int, 12:7-14 , 1991.
5. Akin, O. The treatment of hallux valgus. A new operative procedure and its results. Med Sentinel, 33:678-9,1925;
6. Coughlin, M.J.; Carlson, R.E. Treatment of hálux valgus with an increase distal metatarsal articular angle: Evolution of double or triple first osteotomias. Foot Ankle Int, 20:762-70, 1999.
7. Coughlin, M.J.; Hallux valgus. J. Bone Joint Surg. [Am], 78:932-66, 1996.
8. Chou, L.B.; Mann, R.A.; Casillas, M. M. Biplanar chevron osteotomy. Foot and Ankle Int, 19:579-84 ,1998.
9. Nery, C.; Barroco, R.; Réssio, C. Biplanar chevron. Foot Ankle Int, 23:792-8, 2002.
10. Mann, R.A.; Coughlin, M.J. Adult hallux valgus - Surgery of the foot and ankle, 7ª ed., St. Louis, Mosby, 150-269, 1999.

TRATAMENTO DA CONTRATURA DE DUPUYTREN PELA TÉCNICA DA PALMA ABERTA

DUPUYTREN'S CONTRACTURE TREATMENT USING THE OPEN PALM TECHNIQUE

Ricardo Alberto Lupinacci Penno¹
Luiz Garcia Mandarano Filho¹
Márcio Takey Bezuti¹
Nilton Mazzer²
Cláudio Henrique Barbieri³

1. Médico Assistente do Grupo de Cirurgia da Mão, Membro Superior e Microcirurgia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HC FMRP-USP).
2. Professor Associado do Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).
3. Professor Titular do Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

Endereço para correspondência:
Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Av. Bandeirantes, 3900 – 11 andar
Campus Universitário. Ribeirão Preto – São Paulo.
CEP: 14049-900 - e-mail: r_penno@hotmail.com

RESUMO

Muitas são as abordagens cirúrgicas empregadas no tratamento da contratura de Dupuytren. Os autores descrevem a técnica da palma aberta.

Descritores: contratura de dupuytren; deformidades adquiridas da mão.

ABSTRACT

There are many surgical approaches for Dupuytren's contracture treatment. The authors describe the open palm technique.

Keywords: dupuytren's contracture; acquired deformities of the hand.

INTRODUÇÃO

A contratura de Dupuytren é uma afecção tipo fibroplasia proliferativa que envolve os tecidos subcutâneos da palma e dos dedos das mãos com a formação de nódulos e cordas, frequentemente levando a contratura em flexão dos dedos, de caráter progressivo e irreversível⁽¹⁾ (Figura 1).

Embora sua real causa ainda não tenha sido estabelecida, há maior predisposição entre pacientes portadores de diabetes, epilepsia, etilistas e tabagistas⁽²⁾. Alguns estudos revelam ainda um fundo genético na origem da doença, como uma herança autossômica dominante entre os membros acometidos dentro de uma mesma família. Existe uma predileção para homens na idade aproximada entre 50 e 60 anos, sendo a face ulnar da mão a mais afetada, envolvendo principalmente o 4º e 5º dedos. Pode também estender-se ao lado radial, acometendo assim o polegar, levando a uma limitação ainda maior da função da mão^(1,3). Por essas características, o impacto sócio-econômico é expressivo, dificultando as atividades diárias e profissionais.

O princípio básico do tratamento visa manter ou restabelecer a função da mão por meio da liberação cirúrgica das contraturas. Várias técnicas foram desenvolvidas, sempre tentando minimizar a recidiva do quadro. Incisões de pele diferenciadas, procedimentos fasciais (fechados e abertos) e liberação das contraturas articulares estão entre as mais usadas para o tratamento desta moléstia.



Figura 1: Caso ilustrativo da contratura de Dupuytren.

Dentre essas técnicas, McCash *et al.* em 1964, descreveu um método em que a abordagem cirúrgica se fazia por um acesso transversal, a fásia era então liberada e a ferida operatória permanecia aberta⁽⁴⁾. Atualmente, várias modificações foram realizadas, diferindo da técnica original: abordagem radical da pele para permitir dissecação extensa da fásia; tunelização entre as incisões palmar e digital; avanço distal da pele para permitir fechamento digital deixando a palma aberta. Em função disso, o termo “técnica da palma aberta” é utilizada quando a pele não é fechada, independentemente dos procedimentos realizados nos dedos e planos profundos.

INDICAÇÕES

A técnica da “palma aberta” pode ser usada sempre que o tratamento cirúrgico da contratura de Dupuytren for indicado, principalmente nos casos graves.

A presença dos nódulos e/ou cordas características da doença não é, necessariamente, indicativo de cirurgia. Perda de função da mão e progressão da contratura são critérios mais importantes a serem considerados. Todos os casos devem ser analisados individualmente, levando em consideração o paciente, a disfunção da mão e a apresentação da doença⁽⁴⁾.

AValiação PRÉ-OPERATÓRIA

Na história clínica do paciente, é importante identificar casos semelhantes na família, doenças associadas, uso de medicações, presença de contraturas em outros sítios (fásia plantar e peniana), idade do aparecimento dos primeiros nódulos e velocidade de progressão da doença.

O grau de acometimento da contratura pode ser avaliado de maneira objetiva pela mensuração dos ângulos das articulações metacarpofalangeana, interfalangeana proximal e interfalangeana distal com goniômetro, sendo então classificados segundo os parâmetros de Tubiana *et al.* de acordo com a soma dos défices de extensão dessas articulações. Grau I: 0-45°; Grau II: 46°-90°; Grau III: 91°-135°; Grau IV: acima de 135°. Essa classificação é útil não somente para identificar a gravidade da doença, mas também para poder comparar e quantificar os resultados obtidos com o tratamento cirúrgico⁽⁵⁾.

Em função da situação de flexão crônica dos dedos é importante avaliar a presença de infecções superficiais de pele nas áreas de dobras e realizar um tratamento tópico com anti-fúngicos se necessário. Como em qualquer cirurgia da mão, a limpeza das unhas é mandatória.

TÉCNICA CIRÚRGICA

A escolha do procedimento anestésico depende das preferências individuais do cirurgião e da sua prática; porém, como o tempo cirúrgico nunca pode ser precisado com exatidão e casos teoricamente simples podem se transformar em grandes desafios de dissecação, a melhor opção são os bloqueios supra-claviculares ou axilares, que toleram maiores tempos operatórios, facilitam o uso do garrote e auxiliam a analgesia pós-operatória.

O paciente é colocado em posição supina com o membro superior apoiado em uma mesa de mão. As incisões de pele são planejadas e delineadas com um marcador dermatográfico ou azul de metileno. O garroteamento do membro deve ser feito em função da necessidade de um campo cirúrgico limpo para que a dissecação dos cordões característicos da doença possa ser realizada de maneira segura, sem colocar em risco os vasos e nervos digitais. O uso de lupas para magnificação da imagem devem ser usadas, com aumentos de pelo menos 3 a 5 vezes.

Uma incisão transversal ao nível da prega palmar distal é realizada e prolongamentos longitudinais para os dedos afetados e para a região proximal da palma são também feitos dependendo da extensão de tecido contraturado (Figura 2). O plano de dissecação deve ser entre a fáscia e o tecido subcutâneo para que a vascularização da pele não seja colocada em risco. Os nódulos e cordas são então identificados e excisados de proximal para distal, sempre após visualização dos feixes neurovasculares, que podem estar fora de sua situação anatômica esperada. É importante conhecer a anatomia da fáscia palmar e o modo como as estruturas ligamentares acometidas se apresentam tridimensionalmente, pois costumam seguir padrões até certo ponto bem definidos (Figura 3).

Existem várias maneiras de lidar com as incisões de pele nos dedos. Podem ser longitudinais, longitudinais associadas a zetaplastias, em "S", transversas múltiplas, entre outras. Com relação ao manejo da fáscia, o método mais empregado é a fasciectomia parcial, em que apenas a fáscia acometida é retirada. Há ainda a possibilidade de realizar a fasciotomia; ou a fasciectomia radical ou total, método pouco usado nos dias de hoje, pois envolve grande dissecação, maiores riscos e não apresenta resultados superiores. As contraturas das articulações metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais, quando presentes, também devem ser abordadas; sendo que as últimas são, muitas vezes, de difícil resolução.

PÓS-OPERATÓRIO

Uma tala gessada em extensão é confeccionada no pós-operatório imediato. Os curativos são trocados diariamente e a ferida deixada aberta deve ser protegida com gazes esterilizadas (Figura 4). A partir do terceiro dia pós-operatório a imobilização deve ser retirada por pelo menos 6 vezes por dia para que se inicie a fisioterapia. Nesse período a tala pode ser substituída por uma órtese dorsal em extensão. Após 3 semanas, a órtese deve ser usada apenas durante a noite por um período entre 2 e 4 meses.



Figura 2: Planejamento das incisões de pele.



Figura 3: Abertura da pele e tecido subcutâneo com exposição da fáscia palmar acometida.



Figura 4: Pós-operatório imediato com a incisão da palma deixada aberta.

COMPLICAÇÕES

Estão entre as complicações mais comuns:

- Hematoma
- Infecção
- Necrose de pele
- Lesão de nervos e vasos digitais
- Distrofia simpático-reflexa

DISCUSSÃO

A técnica da palma aberta é uma solução simples para falta de cobertura cutânea, não criando uma lesão secundária de área doadora, levando a uma melhor drenagem da ferida e diminuindo os riscos de formação de hematoma e necrose de pele. Além disso, a diminuição da tensão na ferida mostra-se útil para ganho de amplitude de movimento na reabilitação (Figuras 5 e 6).



Figuras 5 e 6: Pós-operatório tardio. Ferida cicatrizada e recuperação completa da função da mão.

Um inconveniente da técnica, que gera desconforto e pode ser motivo de intolerância por parte do paciente é o fato da ferida ficar exposta até sua cicatrização e epitelização, por um período que pode variar de 3 a 6 semanas. Porém, o período de afastamento do trabalho é praticamente o mesmo porque a média de retorno às atividades com as outras técnicas é de aproximadamente 30 dias^(6,7).

REFERÊNCIAS

1. McGrouther DA. Dupuytren's Contracture. In: Green DP, Pederson WC, Hotchkiss RN, Wolfe SW. Green's Operative Hand Surgery. Philadelphia: Elsevier; 2005. p. 159-185.
2. Elliot D. The early history of contracture of the palmar fascia. In: McFarlane RM, McGrouther DA, Flint MH. Dupuytren's disease: biology and treatment, Vol 5, Hand and Upper Limb Series. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1990. p. 1-10.
3. McFarlane RM. Patterns of the diseased fascia in the fingers in Dupuytren's contracture. *Plast Reconstr Surg.* 1974; 54: 31-44.
4. McCash CR. The open palm technique in Dupuytren's contracture. *Br J Plast Surg.* 1964; 17: 271-280.
5. Tubiana R, Fahrer M, McCullough MA. Recurrence and other complications in surgery of Dupuytren's contracture. *Clin Plast Surg* 1981; 8:45-49.
6. Freitas AD, Pardini Júnior AG, Neder Filho AT. Contratura de Dupuytren: tratamento pela técnica da palma aberta. *Rev Bras Ortop* 1997; 32(4):301-304.
7. Braga Silva J, Fernandes H, Fridman M. A técnica da palma aberta na contratura grave de Dupuytren. *Ver Bras Ortop* 1999; 34(1): 51-54.

REALINHAMENTO SUBCAPITAL NO ESCORREGAMENTO EPIFISÁRIO PROXIMAL DO FÊMUR

ANATOMICAL OPEN REALIGNMENT AFTER SLIPPED CAPITAL FEMORAL EPIPHYSIS

José B. Volpon¹

Daniel A. Carvalho Maranhão²

1- Professor Titular da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

2- Mestre e Médico Assistente do Serviço de Ortopedia e Traumatologia da Criança e do Adolescente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP

Endereço para correspondência:

Rua São José, 655 - Ribeirão

Preto, SP - CEP - 14010-160

e-mail: jbvolson@fmrp.usp.br

RESUMO

A tendência atual no tratamento para o escorregamento epifisário proximal do fêmur, mesmo em desvios pequenos, é evitar que ocorram sintomas precoces e lesão da cartilagem articular do quadril. Desta forma, a reconstrução da anatomia por meio de diversos procedimentos cirúrgicos tem sido discutida na literatura. O realinhamento subcapital é o procedimento com maior capacidade de proporcionar restabelecimento anatômico, perfeito realinhamento da epífise femoral e eliminação do impacto femoroacetabular, pois atua no local da deformidade. No entanto, a alta taxa de necrose da cabeça femoral decorrente do procedimento desencorajava a realização. O desenvolvimento de uma técnica especial de acesso, com luxação cirúrgica do quadril e descolamento subperiosteal do retináculo e dos rotadores externos permite mobilização da epífise, ressecção do calo neoformado no colo, curetagem da placa de crescimento e redução anatômica epifisária sob controle manual e visão direta, sem estirar os vasos originados da artéria circunflexa medial, o que preserva o aporte sanguíneo da cabeça.

Descritores: epífise deslocada; fêmur; quadril; cirurgia.

ABSTRACT

It has been well demonstrated that the slipped capital femoral epiphysis may lead to head and acetabular impingement with secondary labral lesions and cartilage injury. Therefore, it has been advised that local anatomical reconstruction should be attained in moderate and severe epiphyseal displacements. Cephalic realignment through closed reduction has been discouraged because of the danger of cephalic necrosis and open reduction by conventional techniques has an unacceptable rate of necrosis, as well. The development of a special technique with hip dislocation, subperiosteal detachment, callus resection, growth plate curettage and anatomical reduction under direct vision, without injuring the neck vessels have prevented head necrosis and improved the results of treatment.

Keywords: epiphyses, slipped; femur; hip; surgery.

INTRODUÇÃO

O escorregamento epifisário proximal do fêmur (EPPF) tinha como tratamento padrão, até passado recente, a fixação *in situ*, técnica pouco complexa e bastante reprodutível, com resultados relativamente satisfatórios e poucas complicações a curto e médio prazo¹, quando comparada às osteotomias proximais do fêmur.

No entanto, diante dos atuais conceitos de impacto femoroacetabular, mesmo pequenas deformidades residuais do quadril da EPPF podem levar à lesão articular e artrose precoce² secundárias à lesão do *labrum* acetabular e abrasão da cartilagem anterossuperior do acetábulo³⁻⁵.

As osteotomias na base do colo ou peritrocantéricas são relativamente seguras do ponto de vista vascular, e podem normalizar a orientação espacial do acetábulo em relação à epífise, mas são incapazes de impedir o impacto femoroacetabular⁶, pois a metáfise saliente continua a adentrar no acetábulo. Mesmo os parafusos utilizados na fixação *in situ*, nos desvios mais acentuados, podem produzir impacto pela saliência da sua cabeça sobre a face anterior do colo femora.⁷

A osteotomia subcapital de Dunn permite completo restabelecimento da anatomia do quadril⁸, porém apresenta alta taxa de necrose como complicação. Isto levou Ganz a desenvolver uma técnica em que a redução do desvio é realizada no local onde ocorre, i.e., junto da epífise. Para isto, o alinhamento subcapital passa a ser realizado após luxação cirúrgica do quadril e descolamento dos vasos nutrientes da epífise, juntamente com o perióstio e os rotadores externos. O acesso permite ampla exposição do colo, inclusive da porção posterior, ressecção do calo, curetagem da fise e redução anatômica da cabeça, sem encurtamento. Além disso, a cavidade acetabular e o *labrum* podem ser visualizados e tratados, em caso de lesão^{9, 10}.

Além dessas vantagens, a técnica proporciona recuperação da mobilidade articular e prevenção de artrose futura. As principais desvantagens são: técnica difícil e que demanda experiência e conhecimento anatômico preciso; não dá margem a erros, pois as complicações são desastrosas, e longo período de reabilitação sem descarga de peso¹¹.

INDICAÇÕES DA TÉCNICA

- Escorregamentos crônicos quando a saliência metafisária excede 30% do diâmetro do colo (casos onde a cervicoplastia é contraindicada)¹²
- Escorregamentos agudos de qualquer grau^{11, 13}.

CONTRAINDICAÇÕES

- Escorregamentos tardios com placa de crescimento fechada são mais seguramente tratados com osteotomias mais distais, como a de Kramer (Imhauser)¹³
- Destruição da cabeça femoral
- Anquilose ou rigidez avançada do quadril¹⁴.

COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS

- Necrose da cabeça femoral
- Condrólise
- Perda da fixação
- Incômodo nos parafusos
- Infecção e trombose venosa profunda (raras na faixa etária).

EXAMES DE IMAGEM

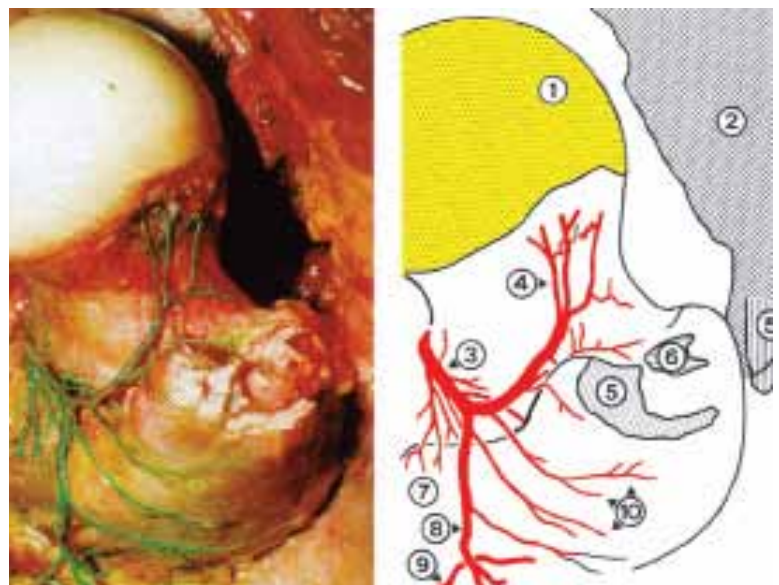
O planejamento é feito principalmente com radiografias AP da bacia e perfil do quadril (Lauenstein). A radiografia em perfil do colo femoral pode determinar muito bem o grau de desvio, que deve ser relacionado com o eixo anatômico diafisário¹⁴. A ressonância nuclear magnética pode ser útil, quando realizada com técnica específica para avaliação da cartilagem e *labrum* acetabular, além de avaliar necrose avascular, quando for o caso. A tomografia computadorizada pode gerar imagem em reconstrução tridimensional bastante representativa do grau de escorregamento e fornecer melhor entendimento anatômico. A cintilografia óssea pode ser útil no seguimento para avaliar a perfusão da epífise.

MATERIAIS E PRÉ-REQUISITOS

A técnica é demandante e exige do cirurgião amplo conhecimento anatômico, especialmente da vascularização da cabeça femoral (Figura 1).

Atualmente, a tendência é considerar escorregamentos agudos apenas aqueles com oito horas do início dos sintomas, sendo que a maioria dos casos é composta por escorregamentos crônicos e o tratamento deve ser planejado como procedimento eletivo¹¹.

- Antibioticoprofilaxia
- Instrumental ortopédico com afastadores profundos para quadril
- Intensificador de imagens
- Suportes de tronco de mesa ortopédica ou coxins para posicionamento em decúbito lateral
- Serra sagital com lâmina de 50x20 mm
- Jogo de osteótomos
- Tesoura de paramétrio
- Gancho de fratura
- Descoladores rombos delicados e encurvados
- Fios de Kirschner rosqueados de 3,0 mm
- Parafusos canulados de 7,0 mm.



Fonte:Gautier et al¹⁰

Figura 1. Vista pósterio-superior do colo femoral após dissecação anatômica e injeção dos vasos. Os ramos terminais da artéria femoral circunflexa medial, corados em verde, penetram na cabeça cerca de 2,0 a 4,0 mm da transição cartilagem-osso, no aspecto pósterio-superior do colo. O desenho esquemático mostra: 1) a cabeça femoral; 2) glúteo médio; 3) o ramo profundo da artéria femoral circunflexa medial – AFCM; 4) o ramo terminal da AFCM; 5) inserção do glúteo médio; 6) inserção do tendão piriforme; 7) trocater menor; 8) ramo trocantérico; 9) ramo da primeira artéria perfurante, 10) ramos trocantéricos.

TÉCNICA CIRÚRGICA^{11, 13}

O posicionamento é em decúbito lateral horizontal, com suportes de estabilização dorsais e ventrais, com colocação dos campos de modo a deixar o membro inferior livre para mobilização, da mesma maneira que se realiza para prótese do quadril. No caso das epifisólises instáveis o posicionamento deve ser cuidadoso para não reduzir o escorregamento e, assim, causar necrose. Além disso, um campo estéril é preparado longitudinalmente ao lado da mesa cirúrgica para acolher a perna quando o quadril estiver luxado. Um suporte para apoio do membro inferior abduzido deve estar disponível. O cirurgião coloca-se posteriormente ao paciente. O acesso é longitudinal lateral (semelhante aos de Gibson e Henry), centralizado no trocâter maior, com cerca de 25,0 cm de comprimento; após secção longitudinal da fáscia lata, o músculo tensor da fáscia é separado por divulsão e afastado¹⁵ (Figura 2a). O trocâter maior é exposto e a bursa é rebatida anteriormente (Figura 2b). O quadril é rodado internamente, a borda posterior do glúteo médio é identificada e este músculo é afastado anteriormente. Após dissecação do tecido adiposo posterior ao glúteo médio, o tendão do músculo piriforme é identificado. O intervalo entre o músculo piriforme e o glúteo mínimo determina o limite de segurança para os vasos nutrientes da cabeça femoral e preserva as anastomoses entre a artéria glútea e os ramos profundos da artéria circunflexa femoral medial, que percorrem a borda distal do piriforme e podem suprir suficientemente a cabeça femoral, caso o ramo profundo da circunflexa medial seja lesado¹⁰.



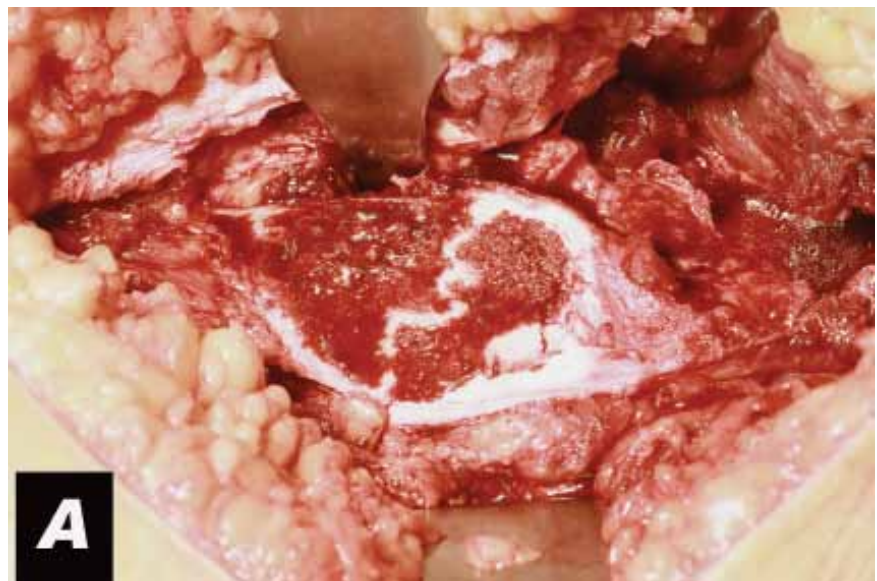
Figura 2. A- Aspecto da incisão cutânea que é retilínea e centralizada sobre o trocâter maior. B- após a secção do subcutâneo e da fáscia lata, a bursa trocantérica é rebatida anteriormente.

É marcada, então, a osteotomia, na linha entre a borda posterior do glúteo médio e a borda posterior do vasto lateral. Essa linha deve ser anterior aos tendões dos rotadores externos, para evitar lesão deles e da artéria circunflexa medial, que ascende posteriormente. Nos casos de EEPF, a posição em rotação externa pode tornar a anatomia muito distorcida e a região posterior do trocânter maior pode ficar em contato com a borda posterior do acetábulo, o que dificulta a realização da osteotomia trocantérica. Realiza-se osteotomia trigástrica do trocânter maior, com serra sagital ou osteótomo (Figura 3). O fragmento livre do trocânter - que não pode ser mais espesso que 1,5 cm e contém a inserção do glúteo médio e mínimo, tão como a origem do vasto lateral é afastada anteriormente. O glúteo mínimo e as fibras residuais do glúteo médio são gradativamente descolados da porção remanescente do trocânter e da cápsula até o íliaco, quando passam a ser afastados por um Hohman curvo apoiado na região supra-acetabular. O plano de segurança deste descolamento é o intervalo entre o tendão do piriforme e o glúteo mínimo. O músculo vasto lateral é descolado até o tendão do glúteo máximo e afastado também com Hohman curvo (Figura 4).



Fonte: Leunig et al. ¹¹

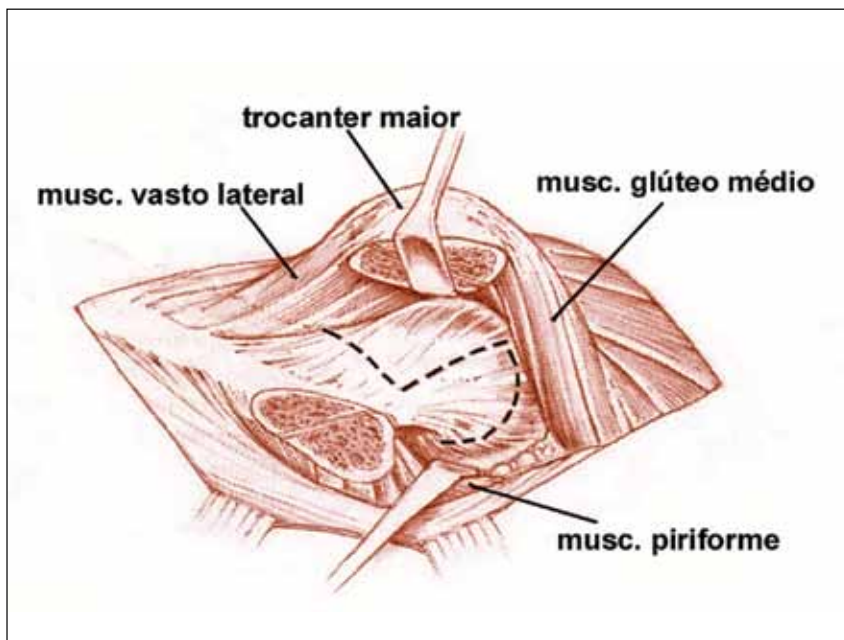
Figura 3. A porção anterior do trocânter maior é osteotomizada com o uso de osteótomo (A), ou serra.



Fonte: Leunig et al. ¹¹

Figura 4. A- Após a secção, o fragmento osteotomizado do trocânter maior é rebatido, deixando aparecer a placa de crescimento que servirá como referência para o início do descolamento periosteal.

Com flexão e rotação externa do quadril, a cápsula articular é amplamente exposta e deve ser bem limpa, desde o tendão do piriforme até a região anteroinferior. Uma capsulotomia em “Z” é realizada, o primeiro corte feito anteriormente ao longo do colo, o segundo paralelamente à inserção capsular distal no fêmur e, o terceiro, paralelamente à borda acetabular (Figura 5). A secção da cápsula é feita de dentro para fora para evitar lesão do labrum e da cartilagem articular da cabeça. As extensões anteroinferior e posterosuperior devem ser amplas para facilitar a lixuação e, assim, impedir manobras intempestivas. Porém, a capsulotomia não deve ser estendida para a região próxima do trocânter menor, para não colocar em risco a artéria circunflexa medial.



Fonte: Leunig et al.¹¹

Figura 5. Desenho esquemático da secção em “Z” da cápsula¹¹.

Com um Hohman curvo pequeno apoiado no osso supracetabular, justalateral à espinha ílica anteroinferior, afasta-se a porção anteromedial da cápsula e com auxílio de afastadores de Langenbeck, a articulação é inspecionada, quanto ao líquido sinovial, sinovite, grau de desvio e, principalmente, estabilidade da epífise. Se a epífise estiver instável e móvel, deve ser feita uma fixação temporária com um fio de Kirschner rosqueado 3,0 mm, antes da manobra de luxação. Qualquer tentativa de reduzir anatomicamente a epífise, neste momento, põe em risco o suprimento sanguíneo da cabeça femoral, por estiramento posterior do retináculo.

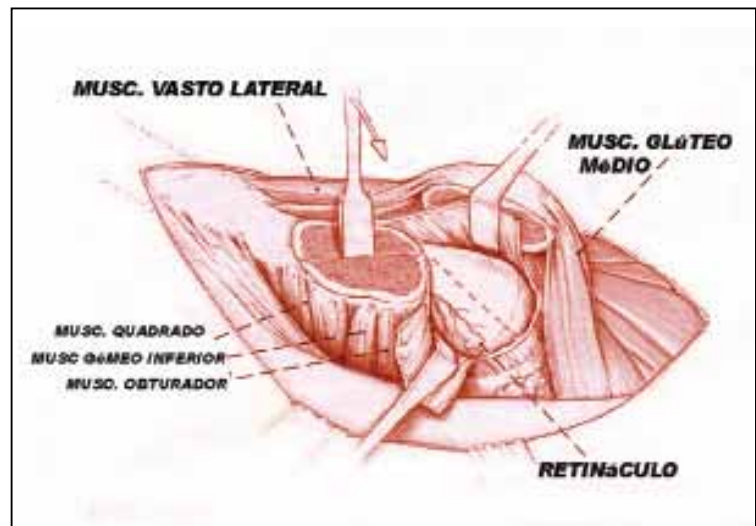
Antes da manobra de luxação é feito um orifício de 2,0 mm na cabeça femoral, fora da área de carga, para monitorar a perfusão¹⁶ que, também, pode ser avaliada por fluxometria Doppler a laser¹⁷. A manobra de flexão e rotação externa é realizada enquanto a perna é colocada dentro do campo estéril lateral. A cabeça então subluxa, um gancho de fratura forte apoiado no calcar é útil neste momento, para melhorar a visualização do acetábulo. O padrão de lesão da cartilagem articular e do *labrum* é documentado. Mesmo a manobra de luxação/redução pode provocar dano adicional à cartilagem articular.

Neste momento, é avaliado o grau de desvio da epífise: se for leve (< 30°), está indicada apenas cervicoplastia anterior associada à fixação *in situ*. A completa luxação não será, então, necessária¹².

Caso o desvio seja moderado ou grave (>30°), deve ser realizada luxação da cabeça. O ligamento redondo deve ser cortado com uma tesoura de paramétrio ou rompido, se o desvio for estável. Com um Hohman curvo apoiado abaixo do ligamento transversal e outro próximo à gota de lágrima, afasta-se posteriormente

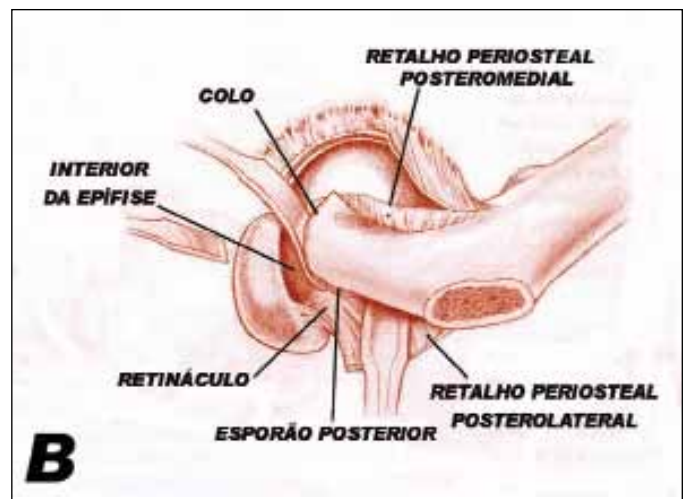
o fêmur e visualiza-se a cavidade acetabular por completo. Uma manobra que facilita este passo é elevar o joelho. Abaixando-se o joelho e retirando-se os afastadores, visualiza-se a cartilagem da cabeça femoral em diferentes rotações. O retináculo com os ramos terminais nutrientes da epífise são claramente visíveis na porção posterossuperior do colo. Após a inspeção completa, a cabeça femoral é reduzida no acetábulo.

A seguir, é iniciado o descolamento do perióstio com o retináculo e os vasos nutrientes da epífise. Na superfície cruenta da osteotomia do trocanter maior fica visível a linha oblíqua da cartilagem de crescimento por onde começa o descolamento com um osteótomo (Figura 6). O perióstio deste fragmento é descolado em direção ao colo. No aspecto anterior do colo, faz-se secção longitudinal até a epífise para prosseguir o descolamento, que segue, cuidadosamente, em toda a circunferência do colo. É usada uma rugina delicada, semicircular e romba. De maneira similar, a porção periosteal anteroinferior é descolada do colo, agora de maneira mais fácil com o quadril novamente luxado (Figura. 7). Novamente, todo cuidado deve ser mantido para não destacar qualquer porção do tubo periosteal da epífise. A perfusão da epífise é verificada pelo sangramento da perfuração feita na cabeça femoral. Na sequência, o colo femoral é completamente exposto e dois Hohmans rombos delicados podem afastar o tubo periosteal, com cuidado para não estirar o retináculo.



Fonte: Leunig et al. ¹¹

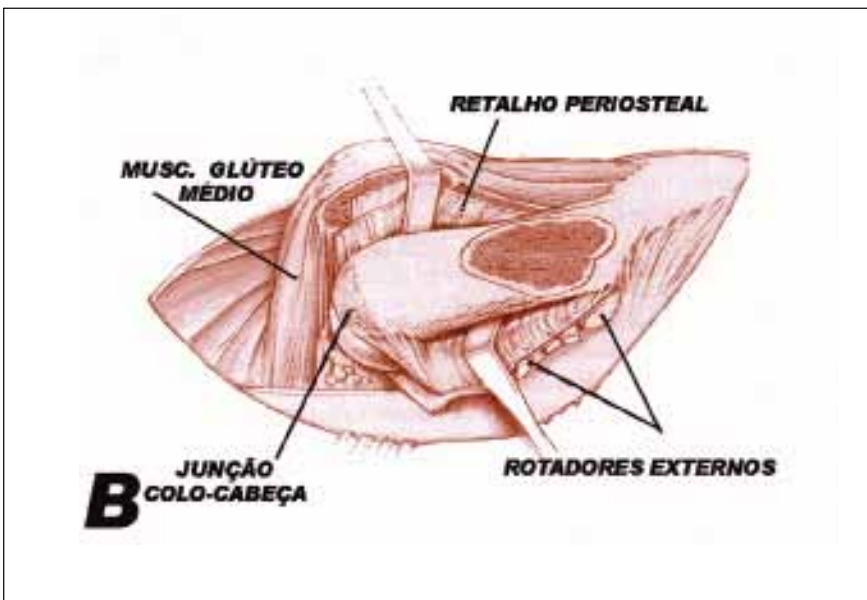
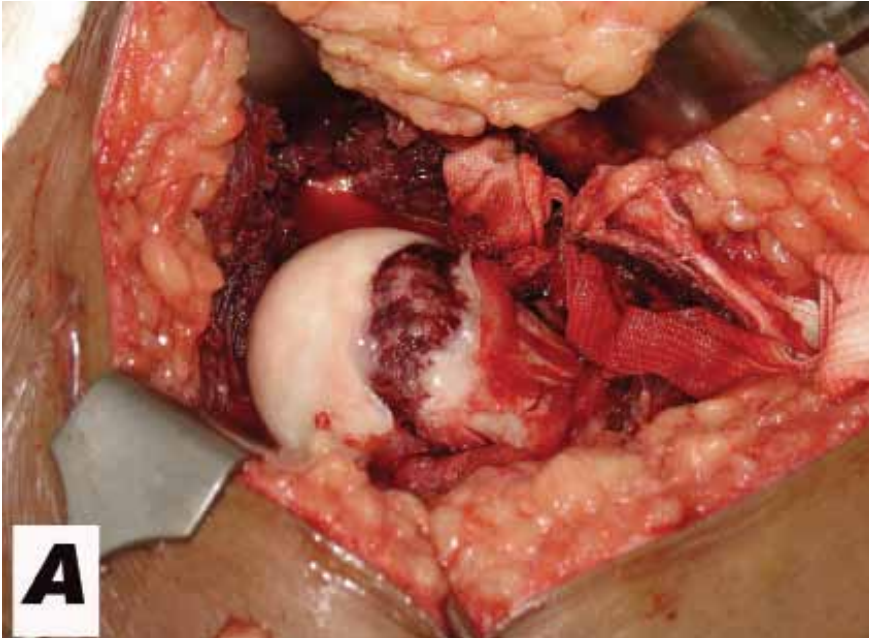
Figura 6. Desenho esquemático do início do processo de descolamento dos rotadores e perióstio, que se inicia pela cartilagem de crescimento trocantérica¹¹.



Fonte: Leunig et al. ¹¹

Figura 7. Aspecto transoperatório do descolamento do perióstio do colo, que está levantado por duas pinças (A), e o desenho esquemático representando o tubo periosteal já descolado e a epífise também descolada ¹¹.

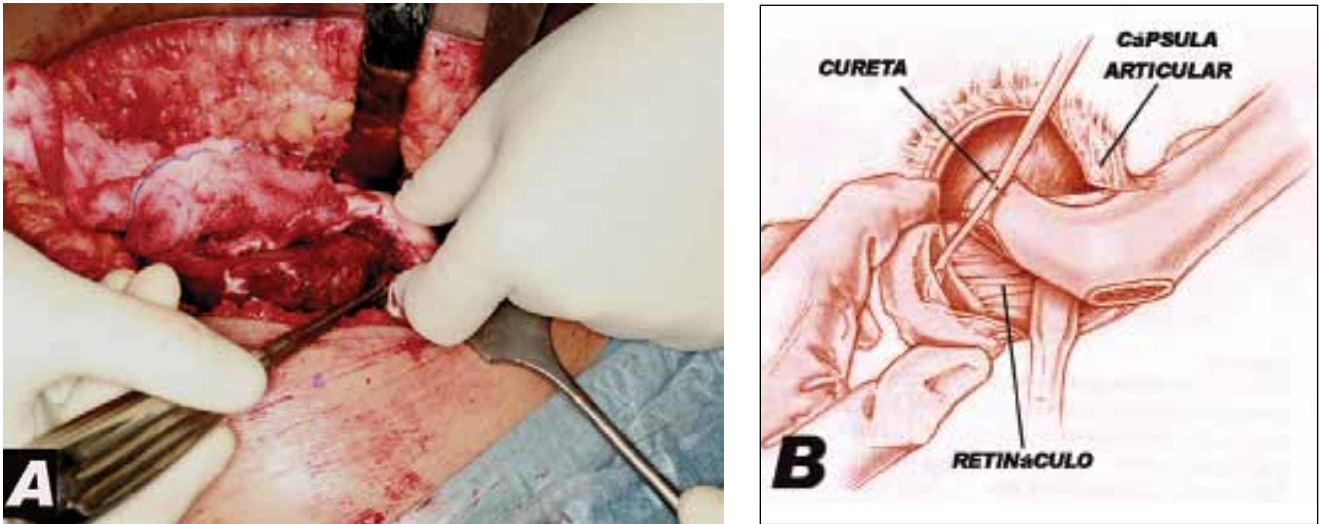
A placa de crescimento é proximal à borda cartilaginosa distal da cabeça. Um osteótomo delicado de 10 mm deve ser inserido na cartilagem de crescimento e, por meio de alavancas delicadas feitas com o osteótomo, rotação externa controlada da perna e controle manual do posicionamento da epífise, ela é destacada completamente do colo. Segue-se a remoção do calo ósseo de remodelação externa, com serra, osteótomos, curetas e saca-bocado (Figura 8). Neste momento, a epífise fica sem conexão óssea com o colo e pode sofrer redução espontânea para dentro do acetábulo, uma situação de difícil resolução, mesmo usando fios rosqueados para retirá-la. Deixar uma compressa pequena umedecida preenchendo o acetábulo evita esta complicação.



Fonte: Leunig et al.¹¹

Figura 8. A- Fotografia transoperatória ilustrando o calo ósseo que se forma com o deslizamento posterior da cabeça femoral. Este calo será removido. B- Desenho esquemático identificando os principais referenciais anatômicos¹¹.

Segurando-se a epífise com os dedos, o calo ósseo é retirado, a cartilagem de crescimento é curetada, o osso subcondral é exposto e deve apresentar sangramento espontâneo, sinal de integridade da perfusão da epífise (Figura 9)



Fonte: Leunig et al. ¹¹

Figura 9. A- Após o descolamento da cabeça femoral no colo ela fica presa apenas pelo tubo periosteal cartilagem é curetada ¹¹.

Após a ressecção de toda a deformidade, a epífise é, então, reduzida no colo de forma anatômica, sob visão direta da tensão exercida no retináculo. A redução é facilitada pela rotação interna da perna. Caso o retináculo apresente-se tenso neste manobra, ela é imediatamente interrompida e feita revisão das partes moles posteriores e na presença de saliência residual do calo posterior. O posicionamento anatômico da epífise se dá pela simetridade das bordas em relação ao colo em todos os planos e a correta rotação deve ser orientada pelo posicionamento do retináculo e da *fovea capitis*. A fluoroscopia auxilia no alinhamento varo-valgo. Um fio de Kirschner rosqueado de 3,0 mm é inserido pela *fovea capitis* de forma retrógrada e direcionado para o córtex lateral do fêmur, distalmente à origem do vasto lateral. O fio é girado pela extremidade distal de forma que a outra extremidade fique totalmente dentro da cartilagem da epífise (Figura 10). A compressa pequena é retirada do acetábulo, que é lavado e limpo para receber novamente a cabeça femoral. Os restos do ligamento redondo e de sinóvia devem ser retirados do fundo do acetábulo.



Fonte: Leunig et al. ¹¹

Figura 10. A- Após a remoção do calo ósseo e escultura da extremidade do colo de modo a encaixar a cabeça femoral, procede-se à redução anatômica da cabeça no colo que, em seguida, é fixada com um fio de Kirschner rosqueado penetrando pela *fovea capitis* ¹¹.

Após fixada, a cabeça femoral é gentilmente reduzida no acetábulo e feita avaliação fluoroscópica do alinhamento e fixação. Se o alinhamento estiver perfeito, realiza-se fixação adicional com um ou dois fios de Kirschner de 3,0 mm ou um parafuso canulado de 7,0 mm, introduzido a partir do córtex lateral do fêmur, abaixo do trocânter. A divergência e distribuição dos implantes na epífise garante estabilidade adequada.

No final do procedimento, a perfusão da epífise é novamente verificada. O tubo periosteal e a cápsula são suturados, sem tensão. É avaliado o tendão do piriforme, que, se muito tenso, deve ser seccionado. O fragmento livre do trocânter maior é fixado com dois parafusos comuns. Realiza-se sutura das origens e inserções musculares (se necessário), da fásia lata, do subcutâneo (várias camadas) e da pele. Geralmente, drenagem não é necessária.

No período pós-operatório, deve ser realizada fisioterapia com flexoextensão passiva e o paciente deve ficar em repouso no leito e na cadeira de rodas nos primeiros sete dias, com membros inferiores em abdução. Devem ser evitados movimentos de rotação do quadril. Após a primeira semana, é iniciado o ortotatismo com duas muletas, marcha com toque dos artelhos sem descarga de peso no lado acometido, até a oitava semana. Controle radiográfico deve ser realizado com quatro, oito e 12 semanas após a cirurgia. Com oito semanas, o trocânter deve estar consolidado e devem ser estimulados exercícios para os abdutores. A completa consolidação deve ocorrer entre 10 e 12 semanas, quando pode ser liberada marcha com carga progressiva. Com 12 semanas, uma cintilografia óssea é realizada para avaliar a perfusão da epífise.

A Figura 11 ilustra um caso tratado com esta técnica.

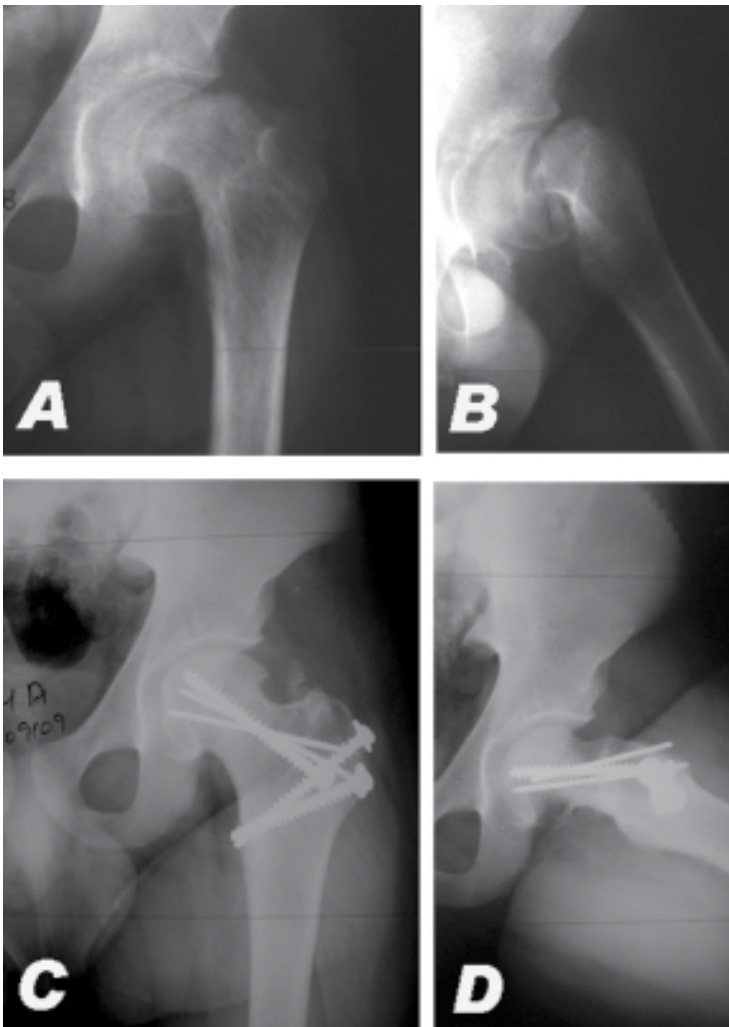


Figura 11. Ilustração de um caso de epifisiólise com grave desvio e tratamento segundo a técnica descrita. Observe a perfeita centralização da cabeça femoral no colo e a recuperação da silhueta acinturada do colo, dois anos após a cirurgia.

REFERÊNCIAS

1. Carney BT, Weinstein SL, Noble J. Long-term follow-up of slipped capital femoral epiphysis. *J Bone Joint Surg Am.* 1991;73(5):667-74.
2. Leunig M, Fraitzi CR, Ganz R. Early damage to the acetabular cartilage in slipped capital femoral epiphysis. Therapeutic consequences. *Orthopade.* 2002;31(9):894-9.
3. Ganz R, Parvizi J, Beck M, Leunig M, Notzli H, Siebenrock KA. Femoroacetabular impingement: a cause for osteoarthritis of the hip. *Clin Orthop Relat Res.* 2003(417):112-20.
4. Goodman DA, Feighan JE, Smith AD, Latimer B, Buly RL, Cooperman DR. Subclinical slipped capital femoral epiphysis. Relationship to osteoarthritis of the hip. *J Bone Joint Surg Am.* 1997;79(10):1489-97.
5. Rab GT. The geometry of slipped capital femoral epiphysis: implications for movement, impingement, and corrective osteotomy. *J Pediatr Orthop.* 1999;19(4):419-24.
6. Imhauser G. Imhauser's osteotomy in the iliofemoral gliding process. Observations on the corresponding work of B.G. Weber. *Z Orthop Ihre Grenzgeb.* 1966;102(2):327-9.
7. Goodwin RC, Mahar AT, Oswald TS, Wenger DR. Screw head impingement after in situ fixation in moderate and severe slipped capital femoral epiphysis. *J Pediatr Orthop.* 2007;27(3):319-25.
8. Dunn DM, Angel JC. Replacement of the femoral head by open operation in severe adolescent slipping of the upper femoral epiphysis. *J Bone Joint Surg Br.* 1978;60(3):394-403.
9. Ganz R, Gill TJ, Gautier E, Ganz K, Krugel N, Berlemann U. Surgical dislocation of the adult hip a technique with full access to the femoral head and acetabulum without the risk of avascular necrosis. *J Bone Joint Surg Br.* 2001;83(8):1119-24.
10. Gautier E, Ganz K, Krugel N, Gill T, Ganz R. Anatomy of the medial femoral circumflex artery and its surgical implications. *J Bone Joint Surg Br.* 2000;82(5):679-83.
11. Leunig M, Slongo T, Kleinschmidt M, Ganz R. Subcapital correction osteotomy in slipped capital femoral epiphysis by means of surgical hip dislocation. *Oper Orthop Traumatol.* 2007;19(4):389-410.
12. Mardones RM, Gonzalez C, Chen Q, Zobitz M, Kaufman KR, Trousdale RT. Surgical treatment of femoroacetabular impingement: evaluation of the effect of the size of the resection. *J Bone Joint Surg Am.* 2005;87(2):273-9.
13. Leunig M, Slongo T, Ganz R. Subcapital realignment in slipped capital femoral epiphysis: surgical hip dislocation and trimming of the stable trochanter to protect the perfusion of the epiphysis. *Instr Course Lect.* 2008;57:499-507.
14. Gekeler J. Radiology of adolescent slipped capital femoral epiphysis: measurement of epiphyseal angles and diagnosis. *Oper Orthop Traumatol.* 2007;19(4):329-44.
15. Gibson A. Posterior exposure of the hip joint. *J Bone Joint Surg Br.* 1950;32(2):183-6.
16. Gill TJ, Sledge JB, Ekkernkamp A, Ganz R. Intraoperative assessment of femoral head vascularity after femoral neck fracture. *J Orthop Trauma.* 1998;12(7):474-8.
17. Notzli HP, Siebenrock KA, Hempfing A, Ramseier LE, Ganz R. Perfusion of the femoral head during surgical dislocation of the hip. Monitoring by laser Doppler flowmetry. *J Bone Joint Surg Br.* 2002;84(2):300-4.

TRATAMENTO DE FRATURA OSTEOCONDRAIS DE CÔNDILO FEMORAL

TREATMENT OF FEMORAL CONDYLAR OSTEOCHONDRAL FRACTURE

Giovanna Ignácio Subirá Medina¹
Alberto Cliquet Junior²

1- Residente do 3º ano de Ortopedia e Traumatologia e Pós Graduada em Cirurgia

2- PhD- Professor Titular do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

Endereço para correspondência:
Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo 13081-970, Brasil.
E-mails: giovanna@fcm.unicamp.br e cliquet@fcm.unicamp.br

RESUMO

As lesões condrais e osteocondrais são potencialmente graves uma vez que podem resultar em artrite degenerativa. Considerando que a maioria ocorre em pacientes jovens, o tratamento adequado destas lesões é fundamental para a prevenção de sequelas incapacitantes no decorrer da vida do paciente vítima destes traumas. Existem diversas formas de tratamento para as lesões osteocondrais que dependem da idade do paciente, sua demanda funcional e expectativas assim como as características da lesão como tamanho, localização e presença de osso subcondral. Apresentamos aqui um caso para relatar nossa experiência sobre o assunto.

Descritores: fratura osteocondral, joelho, tratamento, lesão condral.

ABSTRACT

Chondral and osteochondral lesions are potentially severe as they may result in degenerative arthritis. Considering that the majority occur in young patients, adequate treatment of these lesions is essential for the prevention of incapacitating sequelae during the life of the patient that is a victim of these traumas. There are various forms of treatment for osteochondral lesions that depend on the patient's age, his functional demand and expectations as well as the characteristics of the lesion such as size, location and presence of subchondral bone. We present a case here to give an account of our experience in the matter.

Keywords: osteochondral fracture, knee, treatment, chondral lesion.

INTRODUÇÃO

O tratamento de fraturas osteocondrais e osteocondrite dissecante no joelho é controverso. Novos procedimentos e técnicas tem sido desenvolvidos recentemente para a abordagem deste tipo de lesão, indicando que não há um único procedimento universalmente aceito.

O tratamento se baseia na idade do paciente, maturidade esquelética e presença de osso subcondral suficiente no fragmento¹. Defeitos de espessura total, até osso subcondral, da cartilagem articular raramente cicatrizam sem intervenção². Entretanto, a maioria das lesões não deslocadas em pacientes com fise aberta consolidará com tratamento conservador. A maturidade esquelética exige um tratamento mais agressivo.

Se uma quantidade suficiente de osso cortical estiver presente no fragmento, perfuração de uma lesão estável ou perfuração e fixação de um fragmento solto é uma conduta apropriada. Algumas vezes é necessário enxerto ósseo autólogo para estimular a consolidação. Se a fixação não for possível é necessário que

o ortopedista que esteja conduzindo o caso tenha conhecimento de alguma técnica de reconstrução da superfície articular. O objetivo da reconstrução é promover uma superfície articular com cartilagem hialina ou fibrocartilagem. As técnicas conhecidas atualmente incluem mosaicoplastia³, aloenxerto osteocondral e transplante autólogo de condrócito^{4,5}. Desbridamento, perfurações e microfraturas resultam na formação de fibrocartilagem com propriedades mecânicas inferiores quando comparada com a cartilagem hialina. O objetivo final é prevenir artrite degenerativa.

METODOLOGIA

O caso aqui apresentado foi conduzido pelo grupo de joelho de nosso serviço. Paciente do sexo feminino 27 anos, que chegou ao Pronto Socorro referindo trauma no joelho direito durante jogo de futebol (entorse seguido de queda ao chão). No exame físico inicial notava-se equimose na face postero-lateral do joelho e aumento de volume do joelho (Figura 1). O paciente não conseguia deambular ou realizar flexo-extensão do joelho afetado. Não foi observado déficit neurovascular.



Figura 1. Equimose postero-lateral no joelho direito.

As radiografias iniciais foram realizadas nas incidências anteroposterior, perfil e axial de patela. Através deste exame, foi constatado uma fratura osteocondral do côndilo lateral do fêmur (Figura 2 e 3). Pela idade do paciente e tamanho do fragmento foi proposto tratamento cirúrgico.



Figura 2. Radiografia em AP, perfil e axial de patela demonstrando a fratura osteocondral do côndilo lateral do fêmur.



Figura 3. Zoom da radiografia em perfil.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Cinco dias após o trauma o paciente foi levado ao centro cirúrgico onde foi submetido à anestesia peridural. Posicionamos o paciente em decúbito dorsal horizontal em mesa cirúrgica convencional. Utilizamos garrote pneumático e o membro inferior direito foi preparado para a abordagem artroscópica inicial. Realizamos exploração da articulação e foi visto integridade dos ligamentos e meniscos. O fragmento osteocondral foi identificado solto na cavidade articular (Figura 4). Houve dificuldade para a fixação do mesmo via artroscópica e decidimos pela abordagem aberta (Figura 5).



Figura 4. Abordagem lateral e imagem do leito da lesão no côndilo femoral lateral.



Figura 5. Vista artroscópica: à esquerda foto do leito da lesão; à direita foto do fragmento solto na cavidade articular (seta).

Realizamos o desbridamento do leito da lesão e fixação provisória do fragmento com fio de Kirschner 1.5mm (Figura 6), seguido de fixação com 1 parafuso de Hebert (Figura 7 e 8). O procedimento cirúrgico durou 1h e não houve nenhuma intercorrência.

No dia seguinte o paciente teve alta hospitalar e foi liberado com 2 muletas sem carga no membro inferior operado e orientado a realizar mobilização precoce do joelho, no limite de sua dor, além de exercícios de contração muscular para prevenir atrofia.

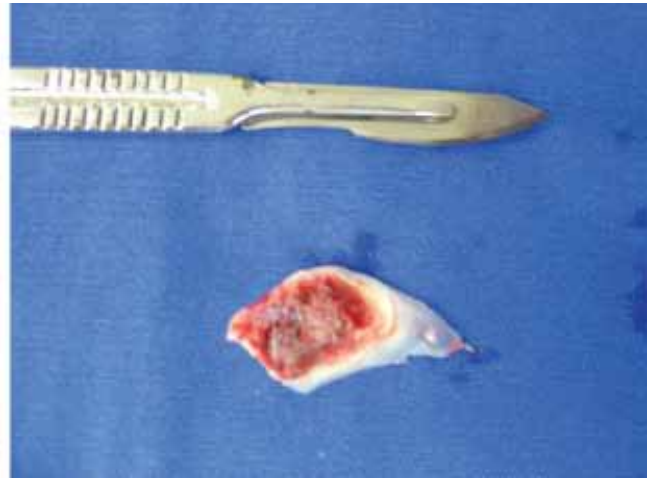


Figura 6. Aspecto do fragmento após retirada do mesmo para fixação.

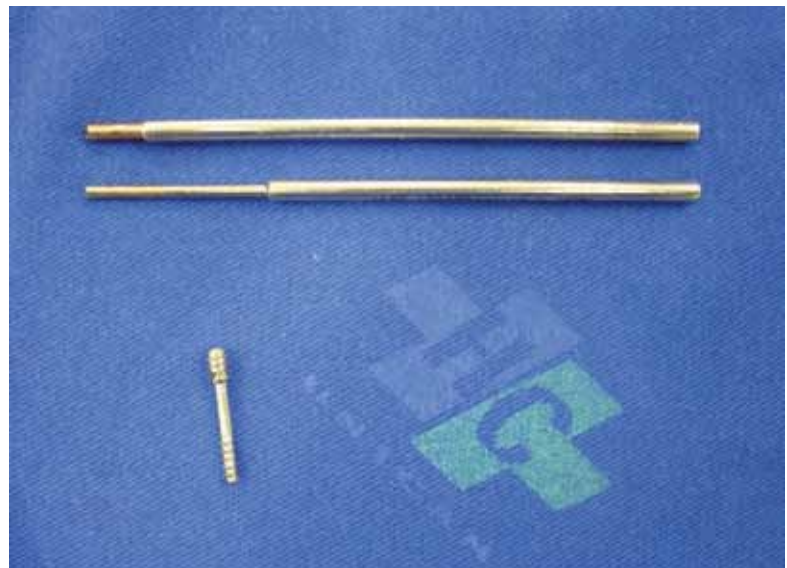


Figura 7. Material usado para fixação do fragmento no leito do côndilo femoral lateral: parafuso de Hebert.

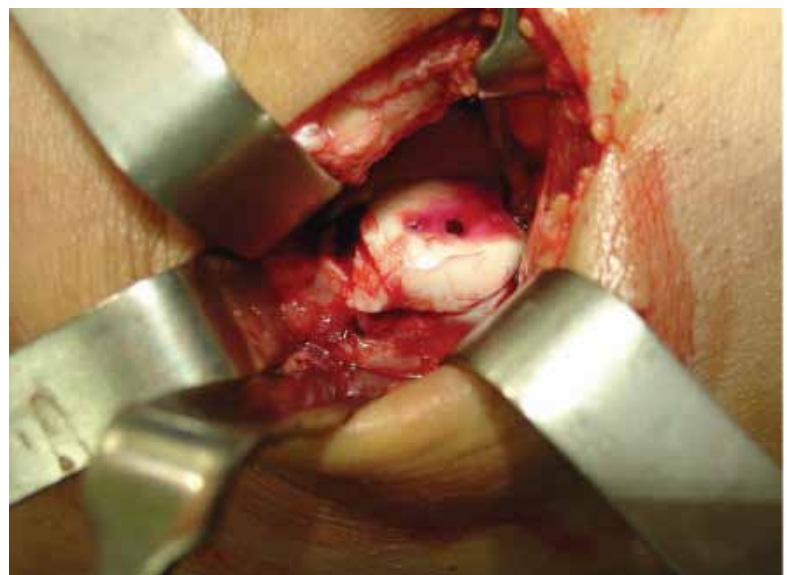


Figura 8. Aspecto final após fixação do fragmento osteocondral no leito com parafuso de Hebert.

Foram realizados retornos ambulatoriais para avaliação clínica e radiológica. Não houve nenhuma complicação. Após 7 semanas do procedimento cirúrgico o paciente apresentava arco de movimento completo do joelho (0-130°) e a radiografia mostrava consolidação da fratura, sendo então liberado para carga. Após 3 meses o paciente retornou às suas atividades laborais e continua em acompanhamento no nosso serviço sem déficits.

CONCLUSÃO

As lesões osteocondrais dependem de uma série de fatores para determinar o melhor tratamento como idade, nível de atividade e expectativas do paciente além das características da própria lesão: tamanho, localização e presença ou não de osso subcondral⁶. O primeiro fator considerado é o tamanho da lesão. Embora ainda sem consenso, lesões condrais ou osteocondrais pequenas (menor 2cm² de área) geralmente são candidatas a procedimentos menos invasivos como desbridamento e microfratura. Em casos de pacientes jovens de alta demanda pode-se pensar em autoenxerto osteocondral. Lesões grandes (maiores de 2cm²) são melhor tratadas com transplante autólogo de condrocitos ou aloenxerto osteocondral. Estes procedimentos requerem uma equipe treinada e estudos de longo prazo ainda estão faltando. A fixação do fragmento osteocondral grande é uma opção viável na maioria dos serviços do nosso país, tecnicamente simples e reprodutível com resultados bons, até onde se tem dados a curto e médio prazos.

REFERÊNCIAS

1. Clarke HD, Cushner FD, Scott WN. Clinical algorithm for treatment of chondral injuries. In: Insall & Scott Surgery of the Knee 4th edition. Churchill Livingstone Elsevier, Philadelphia PA 2006 433-437.
2. Steadman JR, Rodkey WG, Briggs KK, Rodrigo JJ. Débridement and Microfracture for full-thickness articular cartilage defects. In: Scott, NM. In: Insall & Scott Surgery of the Knee 4th edition. Churchill Livingstone Elsevier, Philadelphia PA. 2006 359-366.
3. Hangody L, Szerb I, Duska Z, Kaposi NP. Autologous osteochondral transplantation: "Mosaicplasty" technique. In: Insall & Scott Surgery of the Knee 4th edition. Churchill Livingstone Elsevier, Philadelphia PA. 2006 391-395.
4. Peterson L. International experience with autologous chondrocyte transplantation. In: Insall & Scott Surgery of the Knee 4th edition. Churchill Livingstone Elsevier, Philadelphia PA. 2006 367-379.
5. Minas T. North American experience with autologous chondrocyte implantation. In: Insall & Scott Surgery of the Knee 4th edition. Churchill Livingstone Elsevier, Philadelphia PA 2006 380-390.
6. Kayaoglu EE, Binnet MS. Chondral and osteochondral fractures. Acta Orthop Traumatol Turc 2007; 41 Suppl 2:105-12.

Instruções aos Autores

A revista "Ortopedia e Traumatologia Ilustrada", tem periodicidade trimestral e publica artigos de interesse científico na área de ortopedia e traumatologia. Os artigos submetidos devem ser inéditos e fica subentendido que serão publicados exclusivamente nesta revista. Para ser aprovados, os artigos são submetidos à avaliação de dois revisores (*peer review*) que recebem o texto de forma anônima e decidem por sua publicação, sugerem modificações, requisitam esclarecimentos aos autores e efetuam recomendações aos editores.

CATEGORIAS DE ARTIGOS

Artigos originais: apresentam resultados inéditos de pesquisa, constituindo trabalho completo com todas as informações relevantes para o leitor; artigos de revisão: preferencialmente solicitados pelos editores e especialistas da área, se destinando a englobar e avaliar criticamente os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema; comunicações breves: artigos originais, porém curtos, com resultados preliminares ou de relevância imediata para a saúde pública; relatos de casos: apresentação de experiência profissional, baseada em estudo de casos peculiares e comentários sucintos de interesse para a atuação de outros profissionais da área; cartas ao editor: opiniões e comentários sobre o conteúdo da revista, sua linha editorial ou sobre temas de relevância científica.

PREPARAÇÃO DE MANUSCRITO

Os manuscritos enviados deverão estar em padrão PC com arquivos DOC, papel A4, espaço duplo, margem de 2,5 cm. Os autores devem enviar uma cópia impressa e o referido disquete (ou CD) com o manuscrito, além de carta de autorização de publicação. O manuscrito deve ser inteiramente incluído em um único arquivo. Tabelas, Figuras, legendas e quadros podem estar incluídos no arquivo do manuscrito e através dos arquivos originais.

CONFLITO DE INTERESSES

Conforme exigências do Comitê Internacional de Editores de Diários Médicos (ICMJE), Grupo de Vancouver e resolução do Conselho Federal de Medicina no 1.595/2000 os autores têm a responsabilidade de reconhecer e declarar conflitos de interesse financeiro e outros (comercial, pessoal, político, etc.) envolvidos no desenvolvimento do trabalho apresentado para publicação. Devem, ainda, declarar apoios financeiros e de outras naturezas.

ORGANIZAÇÃO DO ARQUIVO

A revista "Ortopedia e Traumatologia Ilustrada" adota as normas internacionais do Grupo de Vancouver (*International Committee of Medical Journal Editors*), estabelecidas em 1997 (*Ann Intern Med* 1997;126:36-47). O documento pode ser obtido na Internet no endereço <http://www.acponline.org/journals/annals/01jan97/unifreq.htm>. Só devem ser empregadas abreviaturas padronizadas.

PÁGINA DE ROSTO

A página de rosto deve conter:

- o título do artigo, que deve ser conciso e informativo;
- O nome completo dos autores, juntamente com o título acadêmico mais alto e afiliação institucional;
- Nome do departamento e instituição aos quais o artigo deve ser atribuído;
- Nome e endereço do autor responsável pela correspondência;
- Indicação de agências de fomento que concederam auxílio para o trabalho.

RESUMO E DESCRITORES

O resumo, no máximo com 200 palavras, deve ser estruturado em caso de artigo original e conter justificativa do estudo, objetivos, métodos, resultados e principais conclusões, e ser apresentado em português e inglês. As palavras-chaves, em número máximo de seis, devem ser baseadas nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) – <http://decs.bireme.br> e, em inglês, baseadas no *Medical Subject Headings* (MeSH) – http://nlm.nih.gov/cgi/mesh/2006/MB_cgi.

TEXTO

Apresentar, sequencialmente, introdução, material (ou casuística) e métodos, resultados, discussão e conclusões, referências, tabelas e figuras. Em estudos que o requerem, indicar se os procedimentos seguiram as normas do Comitê Ético sobre Experiências Humanas da instituição na qual a pesquisa foi realizada ou de acordo com a Declaração de Helsinki de 1995 e *Animal Experimentation Ethics*. Os quadros, tabelas e gráficos devem ser numerados consecutivamente, bem como as figuras, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citados no texto, e apresentar um título breve. As grandezas, unidades e símbolos devem obedecer às normas internacionais. As fotografias devem ser apresentadas em papel brilhante. No verso devem constar o título do arquivo, nome do autor e número da figura. Em formato eletrônico, as figuras devem ser encaminhadas em alta resolução (mínimo 300 dpi). Legendas de ilustrações devem ser redigidas em papel separado e numeradas.

AGRADECIMENTOS

Devem ser breves, diretos e dirigidos apenas a pessoas ou instituições que contribuíram substancialmente para a elaboração do trabalho, vindo imediatamente antes das referências bibliográficas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Citar até cerca de 30 referências, restritas à bibliografia essencial ao artigo. As referências devem seguir as normas do *International Committee of Medical Journal Editors*. No texto, devem ser numeradas de acordo com a ordem de citação, em números arábicos sobrescritos.

Os títulos dos periódicos devem ser referidos na forma abreviada conforme o *Index Medicus*.

Incluir os seis primeiros autores, seguido de et al.

- Artigos: Autor(es). Título do artigo. Título do periódico. ano; volume:página inicial-final.
- Livros: Autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição. Tradutor(es). Local de publicação: editora, ano, total de páginas.
- Capítulos de livros: Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: Editor(es) do livro. Título do livro. Edição. Tradutor(es). Local de publicação: editora, ano, páginas(s).
- Resumos: Autor(es). Título. Periódico. Ano;volume (suplemento e número, se for o caso):página(s).
- Tese: autor. Título da obra, seguido por (tese) ou (dissertação). Cidade: instituição, ano, número de páginas.
- Documento eletrônico: Título do documento (Endereço na Internet). Local: responsável (atualização mês, ano; citado em mês, ano). Disponível em: site.

ENDEREÇO PARA SUBMISSÃO

Atha Comunicação e Editora aos cuidados de Fernanda Colmatti
Rua Machado Bittencourt, 190 - 4º andar - Conj. 410
Cep: 04044-903 - São Paulo - SP
Tel: (11) 5087-9502 - Fax: (11) 5579-5308
e-mail: 1atha@uol.com.br

Artrosil

lisinato de cetoprofeno

O cetoprofeno com propriedades que fazem a diferença^{1,2}

Devido à salificação com lisina, Artrosil apresenta as seguintes vantagens em relação ao cetoprofeno base:^{1,2}

- Atividade analgésica, anti-inflamatória e antipirética superiores em doses correspondentes^{1,2}
- Maior Absorção e Biodisponibilidade²
- Menor Lesão Gástrica^{1,2}
- Altamente Solúvel³



Novo visual



Posologia:² 320 mg: 1 vez ao dia
160 mg: 2 vezes ao dia

Contraindicações: Hipersensibilidade a quaisquer componentes de sua fórmula. **Interações medicamentosas:** Devido à elevada ligação de cetoprofeno com proteínas plasmáticas, é necessário reduzir a dosagem de anticoagulantes, fenitoinas ou sulfamidas quando administrados concomitantemente.

Referências Bibliográficas: 1. Pelogia CCN, Brito Neto AJ, Cunha J. Avaliação da eficácia terapêutica e da tolerância do anti-inflamatório lisinato de cetoprofeno, na fórmula cápsulas. RBM - REV. BRAS. MED, 57(8): 617-624; 2000. 2. Di Muria GV et al. Ketoprofen-lys: a clinical study and evaluation in 80 cases. Algologia, 1:127-140; 1982. 3. Bula do produto. ARTROSIL. (lisinato de cetoprofeno). MS - 1.0573.0128.

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: ARTROSIL (lisinato de cetoprofeno). MS - 1.0573.0128. **Indicações:** Artrrose, coxartrose, espondiloartrose, artrite reumatóide, bursite, fibrose e tromboflebite superficial, contusão, entorse, luxação, tensão muscular. **Contraindicações:** Úlcera péptica na fase ativa, anamnese positiva de úlcera péptica recorrente, dispêpsia crônica, gastrite, insuficiência renal grave, leucopenia e plaquetopenia, grave distúrbio de hemocoagulação. Hipersensibilidade a quaisquer componentes de sua fórmula. Existe a possibilidade de hipersensibilidade cruzada com ácido acetilsalicílico ou outros fármacos anti-inflamatórios não-esteroidais. Portanto, o cetoprofeno não deve ser administrado a pacientes nos quais o ácido acetilsalicílico ou outros fármacos anti-inflamatórios não-esteroidais tenham provocado sintomas de asma, rinite, urticária. O uso de lisinato de cetoprofeno é contraindicado durante o primeiro e o último trimestre de gestação, pois pode causar hipertensão pulmonar e toxicidade renal no feto, característica comum aos inibidores da síntese de prostaglandinas. Pode também levar ao aumento do tempo de sangramento das gestantes e fetos e consequentemente eventuais manifestações hemorrágicas no recém-nascido. Há risco de retardar o trabalho de parto. **Precauções:** O uso de cetoprofeno em pacientes com asma brônquica ou com diátese alérgica pode provocar uma crise asmática. Em pacientes com função renal comprometida, a administração de cetoprofeno deve ser efetuada com particular cautela levando-se em consideração a eliminação essencialmente renal do fármaco. Embora não tenha sido observada experimentalmente toxicidade embriofetal com cetoprofeno nas doses previstas para uso clínico, a administração em mulheres grávidas, durante a amamentação ou se lactando não é recomendada. **Interações medicamentosas:** Devido à elevada ligação de cetoprofeno com proteínas plasmáticas, é necessário reduzir a dosagem de anticoagulantes, fenitoinas ou sulfamidas quando administrados concomitantemente. O uso com ácido acetilsalicílico reduz o nível sérico de cetoprofeno e aumenta o risco de distúrbios gastrointestinais. No caso da administração com lítio há aumento de seu nível sérico podendo levar à intoxicação. Foi observado aumento da toxicidade do metotrexato em decorrência da diminuição de seu "clearance" renal. A probenecida reduz as perdas de cetoprofeno e aumenta seu nível sérico. A metoprolol reduz a biodisponibilidade do cetoprofeno e pode ocorrer uma pequena redução de sua absorção no uso simultâneo com hidróxido de magnésio ou alumínio. **Reações adversas:** Assim como com outros anti-inflamatórios não-esteroidais, podem ocorrer distúrbios transitórios, no trato gastrointestinal, tais como gastralgia, náusea, vômito, diarreia e flatulência. Excepcionalmente foram observadas hemorragia gastrointestinal, discinesia transitória, asclerose, cefaléia, sensação de vertigem e exantema cutâneo. O produto pode ser tomado às refeições ou com leite, a fim de evitar possíveis distúrbios gastrointestinais. **Posologia:** ARTROSIL 160 mg: Uma cápsula duas vezes ao dia durante ou após as refeições. A duração do tratamento deve ser a critério médico. ARTROSIL 320 mg: Uma cápsula ao dia durante ou após as refeições. A duração do tratamento deve ser a critério médico. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

BU DO SAP 4057006 (A) 12/09

0 out/09



ENTRADA TÉCNICO-COMERCIAL EXCLUSIVO À CLASSE MÉDICA.

aché

TANDRILAX®

carisoprodol, paracetamol,
diclofenaco sódico e cafeína

230 km/h



RADICAL

no ALÍVIO
da DOR

Efetivo na redução da dor,
inflamação e espasmo muscular^{1,2,3}

Contra-indicações: Hipersensibilidade a quaisquer dos componentes de sua fórmula.³

Interações medicamentosas: A administração concomitante de glicocorticóides e outros agentes anti-inflamatórios não-esteróides pode levar ao agravamento de reações adversas gastrointestinais.³

Referências Bibliográficas: 1) Choi R, Peirson K, Helfand M. Comparative efficacy and safety of skeletal muscle relaxants for spasticity and musculoskeletal conditions: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2004 Aug;28(2):140-75. 2) Garcia Filho, R. Ensaio clínico randomizado, duplo-cego, comparativo entre a associação de cafeína, carisoprodol, diclofenaco sódico e paracetamol e a ciclobenzaprina, para avaliação da eficácia e segurança no tratamento de pacientes com lombalgia e lombociatalgia agudas. *Acta Orthop Bras* 14(1)-2006. 3) Bula do Produto TANDRILAX, cafeína, carisoprodol, diclofenaco sódico, paracetamol. MS - 1.0573.0055.

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: TANDRILAX, cafeína/carisoprodol/diclofenaco sódico/paracetamol, 30(1)25(50)300. Comprimidos. Uso oral. Uso adulto. MS - 1.0573.0055. Indicações: Tratamento de reumatismo nas suas formas inflamatório-degenerativas agudas e crônicas; crises agudas de gota, estados inflamatórios agudos, pós-traumáticos e pós-cirúrgicos. Exacerbações agudas de artrite reumatóide e osteoartrite e estados agudos de reumatismo nos tecidos extra-articulares e como coadjuvante em processos inflamatórios graves de correntes de quadros infecciosos. Contra-indicações: Nos casos de úlcera péptica em atividade; hipersensibilidade a quaisquer dos componentes de sua fórmula; diáteses sanguíneas; diáteses hemorrágicas (trombocitopenia, distúrbios da coagulação), porfiria; insuficiência cardíaca, hepática ou renal grave; hipertensão grave. É contra-indicado em pacientes asmáticos nos quais são precipitados acessos de asma, urticária ou rinite aguda pelo ácido acetilsalicílico e demais inibidores da via da ciclooxigenase da síntese de prostaglandinas. Precauções e Advertências: O uso em pacientes idosos, geralmente mais sensíveis aos medicamentos, deve ser cuidadosamente observado. Desaconselha-se o uso do TANDRILAX durante a gravidez e lactação. A possibilidade de reativação de úlceras pépticas requer anamnese cuidadosa quando houver história pregressa de dispepsia, hemorragia gastrointestinal ou úlcera péptica. Nas indicações do TANDRILAX por períodos superiores a dez dias, deverá ser realizado hemograma e provas de função hepática antes do início do tratamento e, periodicamente, a seguir. A diminuição da contagem de leucócitos e/ou plaquetas, ou do hematócrito requer a suspensão da medicação. Em pacientes portadores de doenças cardiovasculares, a possibilidade de ocorrer retenção de sódio e edema deverá ser considerada. Observando-se reações alérgicas pruriginosas ou eritematosas, febre, icterícia, cianose ou sangue nas fezes, a medicação deverá ser imediatamente suspensa. Não use outro produto que contenha paracetamol. Não é indicado para crianças abaixo de 14 anos, com exceção de casos de artrite juvenil crônica. Interações medicamentosas: O diclofenaco sódico, constituinte do TANDRILAX, pode elevar a concentração plasmática de lítio ou digoxina, quando administrado concomitantemente com estas preparações. Alguns agentes anti-inflamatórios não-esteróides são responsáveis pela inibição da ação de diuréticos da classe da furosemida e pela potenciação de diuréticos poupadores de potássio, sendo necessário o controle periódico dos níveis séricos de potássio. A administração concomitante de glicocorticóides e outros agentes anti-inflamatórios não-esteróides pode levar ao agravamento de reações adversas gastrointestinais. A biodisponibilidade do TANDRILAX é alterada pelo ácido acetilsalicílico quando este composto é administrado conjuntamente. Recomenda-se a realização de exames laboratoriais periódicos quando anticoagulantes forem administrados juntamente com TANDRILAX, para evitar se o efeito anticoagulante desejado está sendo mantido. Pacientes em tratamento com metotrexato devem abster-se do uso do TANDRILAX nas 24 horas que antecedem ou que sucedem sua ingestão, uma vez que a concentração sérica pode elevar-se, aumentando a toxicidade deste quimioterápico. Reações adversas: Distúrbios gastrointestinais como dispepsia, dor epigástrica, recorrência de úlcera péptica, náuseas, vômitos e diarreia, ocasionalmente, podem ocorrer cefaléia, sonolência, confusão mental, tonturas, distúrbios da visão, edema por retenção de eletrólitos, hepatite, pancreatite, nefrite intersticial. Foram relatadas raras reações anafiláticas urticariformes ou asmáticas bem como síndrome de stevens-johnson e síndrome de lyell, além de leucopenia, trombocitopenia, pancitopenia, agranulocitose e anemia aplásica. O uso prolongado pode provocar necrose papilar renal. TANDRILAX é um medicamento. Durante seu uso, não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas. Posologia: A dose mínima diária recomendada é de um comprimido a cada 12 horas e a duração do tratamento deve ser a critério médico e não deverá ultrapassar 10 dias. Tratamento mais prolongado requerem observações especiais (vide "Precauções"). Os comprimidos do TANDRILAX deverão ser ingeridos inteiros (sem mastigar), de refeições, com auxílio de líquido. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

Material técnico-científico de distribuição exclusiva à classe médica

DAP4104303 07/08

Dez/08



Material técnico-científico de distribuição exclusiva à classe médica.

achê