

23º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA ESPINHAL

29. USE OF LEVERAGE FORCE IN THE SURGICAL CORRECTION OF THE SAGITTAL PLAN OF THE SPINE

ENGUER BERALDO^{1,2}, ENGUER JUNIOR^{1,2}, ANDRÉ DE SÁ^{1,2}

1. SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, MG, BRASIL.

2. INSTITUTO DA COLUNA VERTEBRAL, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO/OBJETIVOS: TO PRESENT A STATISTICAL MECHANICAL STUDY OF THE TRANSPEDICULAR FIXATION OF 49 SYNTHETIC SPINE. TO SHOW THE PRINCIPLE OF LEVERAGE FORCE BENEFITING THE SAGITTAL PLANE CORRECTION OF THE SPINE, POSITIONING THE SCREWS IN THE CONVERGENT OR DIVERGENT DIRECTION. **MATERIAIS E MÉTODOS:** IN TWENTY-FOUR SPINES, MONOAXIAL PEDICLE SCREWS WERE APPLIED AT THE ENDS OF THE APPROACHED SEGMENTS WITH POSITIONING IN THE CONVERGENT DIRECTION TO THE FIXATION. IN ANOTHER 25 PIECES, THE SCREWS WERE APPLIED IN THE DIVERGENT DIRECTION. STRAIGHT RODS WERE LATER FIXED TO THE SCREWS. COMPRESSION OR DISTRACTION FORCE WAS APPLIED, CREATING LEVERAGE, PROMOTING VERTEBRAL ROTATION IN THE SAGITTAL PLANE AND CORRECTING HYPERKYPHOSIS OR HYPERLORDOSIS. MONOAXIAL PEDICLE SCREWS WERE INSERTED IN THE SAGITTAL PLANE, DIVERGENT FROM THE HEAD, 5 MM ABOVE THE UPPER LINE OF THE TRANSVERSE PROCESSES IN THE THORACIC SPINE, AND OVER THE UPPER LINE IN THE LUMBAR SPINE. THE SCREWS CONVERGING TO THE HEAD ARE INSERTED IN THE MIDLINE OF THE TRANSVERSE PROCESSES IN THE THORACIC SPINE, AND IN THE LOWER LINE OF THESE PROCESSES IN THE LUMBAR SPINE. **RESULTADOS:** THE STATISTICAL STUDY SHOWED AN AVERAGE KYPHOSIS IN THE PRE-FIXATION OF MINUS 0.12°, WHICH WAS 18.5° AFTER FIXATION. THE AVERAGE LORDOSIS IN THE PRE-FIXATION OF 2.58° INCREASED TO 18.4°. **CONCLUSÕES:** IT WAS CONCLUDED THAT THE DIFFERENCE BETWEEN PRE AND POST FIXATION TO CREATE KYPHOSIS OR LORDOSIS WAS CONSIDERED SIGNIFICANT.

30. COMPARATIVE STUDY OF FIXING TYPES: TRADITIONAL, SELECTIVE AND MULTIPLE OF ADOLESCENT IDIOPATHIC SCOLIOSIS

LILIANE FARIA^{1,2}, ENGUER BERALDO^{1,2}, ANDRÉ DE SÁ^{1,2}, ENGUER JUNIOR^{1,2}

1. SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, MG, BRASIL.

2. INSTITUTO DA COLUNA VERTEBRAL, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A RETROSPECTIVE COMPARATIVE STUDY OF THE RESULTS IN THE CORRECTION OF THE SACRAL CLAVICULAR ANGLE (SCA) AND COBB WAS PERFORMED AMONG THREE DIFFERENT FIXATION TECHNIQUES IN THE TREATMENT OF ADOLESCENT IDIOPATHIC SCOLIOSIS (AIS). **MATERIAIS E MÉTODOS:** A BIOSTATISTICAL STUDY WAS CARRIED OUT OF THREE HUNDRED CASES OF AIS SUBJECTED TO TRANSPEDICULAR FIXATION, DEMONSTRATING THE RESULTS OF THREE DIFFERENT TYPES OF FIXATIONS: TRADITIONAL (TF), SELECTIVE (SF) AND MULTIPLE (MF). THE LATTER WAS EMPHASIZED FOR BEING INNOVATIVE. SHORT, APICAL AND MULTIPLE FIXATION WAS APPLIED TO SCOLIOSIS WITH TWO OR MORE STRUCTURED CURVES.

ASA OBSERVED IN THE RADIOLOGICAL STUDY USING FORCED LATERAL INCLINATION TO THE RIGHT AND LEFT, CALLED THE FLEXIBILITY TEST (FT) CURVES EQUAL TO OR ABOVE 10 ° WERE CONSIDERED SECONDARY RESIDUALS. THE PEAK OF THE CURVATURE WHERE THE INSTRUMENTATION WAS FOCUSED WAS PRECISELY IDENTIFIED. TARGETED ACCESSES WERE PERFORMED, FIXING THE SMALLEST NUMBER OF VERTEBRAE POSSIBLE AND PROMOTING GREATER BALANCE OF THE CORONAL PLANE. **RESULTADOS:** WITH THE USE OF MF, THERE WAS A 100% CORRECTION REFERRING TO THE SCA MEDIAN BETWEEN PRE AND POST OP, 66% APPLYING TF, AND 50% WITH SF, THE DIFFERENCE BEING CONSIDERED SIGNIFICANT. IN RELATION TO COBB, ALL THREE TYPES OF FIXATIONS PRESENTED SATISFACTORY CORRECTIONS, WITH A DIFFERENCE CONSIDERED SIGNIFICANT BETWEEN THE PRE AND POST OP. **CONCLUSÕES:** THE GREAT RESULT OF FM IN THE CORRECTION OF THE AIS HAS BEEN PROVED.

32. CLASSIFICAÇÃO TRIDIMENSIONAL MODIFICADA DA ESCOLIOSE IDIOPÁTICA DO ADOLESCENTE

ENGUER BERALDO¹, GABRIEL MATOS¹, ANDRÉ DE SÁ¹, LILIANE FARIA¹, VICTOR MATOS¹, JULIANO CHAVES¹

1. SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO/OBJETIVOS: A ESCOLIOSE IDIOPÁTICA DO ADOLESCENTE É UMA DEFORMIDADE TRIDIMENSIONAL DA COLUNA VERTEBRAL QUE ENGLOBA A CURVATURA DO PLANO CORONAL E A ROTAÇÃO NO EIXO AXIAL, COM DESVIOS ROTATÓRIO E TRANSLACIONAL MÁXIMOS OCORRENDO NO ÁPICE DA CURVA. O SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE KING ET AL, PUBLICADO PELA PRIMEIRA VEZ EM 1983, AVALIA A DEFORMIDADE NO PLANO CORONAL, DESCREVE CINCO TIPOS DE CURVAS TORÁCICAS E RECOMENDA NÍVEIS DE SEGMENTOS VERTEBRAIS A SEREM INCLuíDOS NA ARTRODESE. A CLASSIFICAÇÃO LENKE ET AL, FOI DESENVOLVIDO EM 2001 E POSSUI TRÊS COMPONENTES: O TIPO DE CURVA (1 A 6); O MODIFICADOR DA COLUNA LOMBAR (A, B OU C); E O MODIFICADOR TORÁCICO SAGITAL (-, N OU +). OS AUTORES RESSALTAM QUE A ESTRATÉGIA CIRÚRGICA CORRETIVA DA EIA PODE PRECISAR INCORPORAR OS PARÂMETROS ESPINOPÉLVICOS NA CLASSIFICAÇÃO PARA ATINGIR UMA COLUNA VERTEBRAL EQUILIBRADA, EXIGINDO UM GASTO MÍNIMO DE ENERGIA. COONRAD ET AL. REVISOU 2.000 CASOS DE ESCOLIOSE IDIOPÁTICA E DESCREVEU 21 TIPOS DE CURVAS. O AUTOR INDICOU 98,7% E 100% PARA A CONFIABILIDADE INTEROBSERVADOR E INTRA OBSERVADOR DA CLASSIFICAÇÃO COONRAD, RESPECTIVAMENTE. BEHENSKY ET AL. RELATOU UM NÍVEL DE CONFIABILIDADE INTEROBSERVADOR DE KAPPA 0,38 PARA CLASSIFICAÇÃO DE COONRAD. O USO DESTA CLASSIFICAÇÃO NÃO AMPLAMENTE DIFUNDIDO POR CONSIDERAR APENAS O PLANO CORONAL. DEFINIU O SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO PUMC EM 2005. ESTE MÉTODO É ÚTIL PARA DETERMINAR A ABORDAGEM CIRÚRGICA E DEFINIR OS NÍVEIS DE FUSÃO RELACIONADOS, E HÁ 3 CATEGORIAS PRINCIPAIS COMO TIPO I (CURVA ÚNICA), TIPO II (CURVA DUPLA) E TIPO III (CURVA TRIPLA) COM UM TOTAL DE 13 SUBTIPOS. COMPARANDO OS SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO PUMC E LENKE, QUI ET AL. AFIRMOU QUE O SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO PUMC É RELATIVAMENTE MAIS SIMPLES E A VARIABILIDADE INTER E INTRA-OBSERVADOR

CAUSADA MENOS CONFUSÃO NO PLANEJAMENTO CIRÚRGICO. EM 2018 GARCIA ET AL, CRIARAM A CLASSIFICAÇÃO TRIDIMENSIONAL (CT), COMPOSTA POR TRÊS COMPONENTES: O PRIMEIRO DENOMINADO FATOR QUANTITATIVO, QUE SE DIVIDE EM TRÊS TIPOS DE ACORDO COM O NÚMERO DE CURVAS; O SEGUNDO, O FATOR LOCALIZADOR EVIDENCIA O PONTO MAIS ESTRUTURADO DA CURVA E O TERCEIRO É O FATOR SAGITAL QUE AVALIA GLOBALMENTE O PLANO SAGITAL. 9. MATERIAIS E MÉTODOS: REALIZOU-SE ALTERAÇÕES COMPLEMENTARES NA CTM, ACRÉSSIMO DA INCIDÊNCIA SACRAL. FEZ-SE UM ESTUDO ESTATÍSTICO DAS VARIÁVEIS DA CLASSIFICAÇÃO TRIDIMENSIONAL NA AVALIAÇÃO DA ESCOLIOSE IDIOPÁTICA DO ADOLESCENTE, DE 404 PACIENTES, ATENDIDOS NO INSTITUTO DA COLUNA VERTEBRAL (ICV) DE BELO HORIZONTE, SUBMETIDOS A CORREÇÃO EMPREGANDO A FIXAÇÃO TRANSPEDICULAR, FORAM EXCLUÍDO 83 CASOS DEVIDO A PRONTUÁRIOS INCOMPLETOS. OS PROCEDIMENTOS FORAM REALIZADOS NA SANTA CASA BH, HOSPITAL SÃO LUCAS BH E OUTRAS EM INSTITUIÇÕES DE BELO HORIZONTE. A OBTENÇÃO DAS VARIÁVEIS CONTOU COM BANCO DE DADOS DO ICV. UTILIZOU-SE IMAGENS RADIOLÓGICAS DO PRÉ OPERATÓRIO DA CASUÍSTICA EM QUESTÃO: AVALIOU-SE OS RADIOGRAFIAS DA COLUNA TOTAL, COM O PACIENTE EM PÉ, NAS INCIDÊNCIAS DE PERFIL E PÓSTERO ANTERIOR. TESTOU-SE FLEXIBILIDADE DAS CURVATURAS, COM INCIDÊNCIA EM PÓSTERO ANTERIOR, COM INCLINAÇÃO FORÇADA PARA DIREITA E ESQUERDA. OS AUTORES DESSE ARTIGO, CONSIDERAM CURVAS SECUNDÁRIAS RESIDUAIS, TODAS AQUELAS ACIMA DE 10°, IDENTIFICADAS PELO TESTE DE FLEXIBILIDADE. A CTM EMPREGA-SE TRÊS AVALIAÇÕES ESPECÍFICAS, REFERENTE A PLANO CORONAL E SAGITAL. DEFINIDA POR TRÊS FATORES: FATOR QUANTITATIVO, O FATOR LOCALIZADOR E O FATOR SAGITAL. O FATOR QUANTITATIVO: CONSIDERA-SE TRÊS TIPOS DE DEFORMIDADES: DENOMINADA TIPO 1, ESCOLIOSE COM APENAS UMA CURVA; TIPO 2, ESCOLIOSE COM DUAS CURVAS; E TIPO 3, ESCOLIOSE COM TRÊS CURVAS. O FATOR LOCALIZADOR: ESTÁ RELACIONADO COM A CURVA PRINCIPAL. FOI DIVIDIDO EM A, B E C. É CONSIDERADA A QUANDO A CURVA PRINCIPAL ESTÁ LOCALIZADA NA REGIÃO PROXIMAL DA COLUNA VERTEBRAL, ESTENDENDO-SE DESDE A COLUNA CERVICAL ATÉ T5. O B QUANDO A CURVA MAIS ESTRUTURAL ESTÁ NA COLUNA TORÁCICA MÉDIA, DE T5 A T10. E O C QUANDO A MAIOR CURVA É OBSERVADA NA REGIÃO TORACOLOMBAR, DE T11 A S1. O TIPO 2B SUBDIVIDE-SE EM 2BT, QUANDO A CURVA COMPENSATÓRIA ESTÁ LOCALIZADA NA REGIÃO PROXIMAL, E 2BL, QUANDO A CURVA COMPENSATÓRIA ESTÁ SITUADA NA REGIÃO TORACOLOMBAR. O FATOR SAGITAL É A AVALIAÇÃO DE TODO O PLANO SAGITAL, PELO MÉTODO DE COBB, MENSURANDO TODA A EXTENSÃO DA ÁREA CIFÓTICA, DA VÉRTEBRA TERMINAL SUPERIOR À INFERIOR, E A LORDOSE DE L1 A S1. É CONSIDERADA (-) HIPOCIFOSE QUANDO O ÂNGULO É MENOR QUE 25°, (N) NORMAL QUANDO O ÂNGULO ESTÁ ENTRE 25° E 45° E (+) UMA DEFORMIDADE DE HIPERCIFOSE ACIMA DE 45°. MENSURA TAMBÉM A LORDOSE LOMBAR L1 A S1. (COBB), NORMAL, 40 A 60°, HIPERLORDOSE ACIMA DE 60° E HIPOLORDOSE ABAIXO 40°. MENSUROU-SE TAMBÉM A INCIDÊNCIA SACRAL, CONSIDER-SE DE 30° A 50° NORMAL (N), ABAIXO SERIA MENOS (-) E ACIMA CORRESPONDE A MAIS (+). O ESTUDO É DESCRIVEU AS CARACTERÍSTICAS E ESCALAS NOS PACIENTES COM EIA E RELACIONAR AS CARACTERÍSTICAS PESSOAIS COM AS ESCALAS BEM COMO AS ESCALAS ENTRE SI. FORAM DESCRITAS AS IDADES DOS PACIENTES COM USO DE MÉDIA E DESVIO PADRÃO E AS CARACTERÍSTICAS QUALITATIVAS COM USO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS PARA TODOS OS PACIENTES. FORAM TAMBÉM DESCRITAS AS ESCALAS SEGUNDO SEXO E COR DOS PACIENTES COM USO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS E VERIFICADA E TAMBÉM FORAM DESCRITAS AS ESCALAS SEGUNDO UMA OUTRA ESCALA E VERIFICADAS AS ASSOCIAÇÕES DAS CARACTERÍSTICAS COM AS ESCALAS E DAS ESCALAS ENTRE SI COM USO DE TESTES QUI-QUADRADO OU TESTES DA RAZÃO DE VEROSSIMILHANÇAS (KIRKWOOD E STERNE, 2006). AS IDADES FORAM DESCRITAS SEGUNDO CADA ESCALA COM USO DE MÉDIAS E DESVIO PADRÃO E COMPARADAS COM USO DE ANÁLISES DE VARIÂNCIAS (ANOVA) E SEGUIDAS DE COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS DE BONFERRONI PARA IDENTIFICAR AS DIFERENÇAS QUANDO SIGNIFICATIVAS (KIRKWOOD E STERNE, 2006). PARA REALIZAÇÃO DAS ANÁ-

LISES FOI UTILIZADO O SOFTWARE IBM-SPSS FOR WINDOWS VERSÃO 22.0 E PARA TABULAÇÃO DOS DADOS FOI UTILIZADO O SOFTWARE MICROSOFT EXCEL 2013. OS TESTES FORAM REALIZADOS COM NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA DE 5%. RESULTADOS: DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS AVALIADAS EM TODOS OS PACIENTES. DESCRIÇÃO (N = 404) IDADE (ANOS), MÉDIA \pm DP 14,8 \pm 2,2 SEXO, N (%) FEMININO 353 (87,4) MASCULINO 51 (12,6) COR, N (%) BRANCA 361 (89,4) NEGRA 20 (5) MORENA 23 (5,7) FATOR QUANTITATIVO, N (%) 1111 (27,5) 2224 (55,4) 369 (17,1) FATOR LOCALIZADOR, N (%) A12 (3) B266 (65,8) C126 (31,2) FATOR SAGITAL TORÁCICA, N (%) HIPO64 (15,8) NORMAL257 (63,6) HIPER83 (20,5) FATOR SAGITAL LOMBAR, N (%) HIPO45 (11,1) NORMAL281 (69,6) HIPER78 (19,3) FATOR SAGITAL SACRAL, N (%) HIPO62 (15,3) NORMAL315 (78) HIPER27 (6,7) VARIÁVEL. DESCRIÇÃO DAS ESCALAS SEGUNDO SEXO DOS PACIENTES E RESULTADO DOS TESTES DE ASSOCIAÇÃO. FEMININOMASCULINO FATOR QUANTITATIVO0, 252 1101 (28,6)10 (19,6) 2195 (55,2)29 (56,9) 357 (16,1)12 (23,5) FATOR LOCALIZADOR0,606# A10 (2,8)2 (3,9) B230 (65,2)36 (70,6) C113 (32)13 (25,5) FATOR SAGITAL TORÁCICA0,548 HIPO54 (15,3)10 (19,6) NORMAL224 (63,5)33 (64,7) HIPER75 (21,2)8 (15,7) FATOR SAGITAL LOMBAR0,033 HIPO39 (11)6 (11,8) NORMAL239 (67,7)42 (82,4) HIPER75 (21,2)3 (5,9) FATOR SAGITAL SACRAL0,903# HIPO55 (15,6)7 (13,7) NORMAL274 (77,6)41 (80,4) HIPER24 (6,8)3 (5,9) TOTAL353 (100)51 (100) TESTE QUI-QUADRADO; # TESTE DA RAZÃO DE VEROSSIMILHANÇAS SEXO PVARIÁVEL MOSTRA QUE NOS PACIENTES DO SEXO FEMININO A FREQUÊNCIA DE FATOR SAGITAL LOMBAR HIPER (+) FOI ESTATISTICAMENTE MAIOR QUE NOS PACIENTES DO SEXO MASCULINO (P = 0,033). DESCRIÇÃO DAS ESCALAS SEGUNDO COR DOS PACIENTES E RESULTADO DOS TESTES DE ASSOCIAÇÃO. BRANCANÃO BRANCA FATOR QUANTITATIVO0, 458 197 (26,9)14 (32,6) 2204 (56,5)20 (46,5) 360 (16,6)9 (20,9) FATOR LOCALIZADOR0,257# A11 (3)1 (2,3) B233 (64,5)33 (76,7) C117 (32,4)9 (20,9) FATOR SAGITAL TORÁCICA0,112 HIPO59 (16,3)5 (11,6) NORMAL233 (64,5)24 (55,8) HIPER69 (19,1)14 (32,6) FATOR SAGITAL LOMBAR0,619# HIPO42 (11,6)3 (7) NORMAL250 (69,3)31 (72,1) HIPER69 (19,1)9 (20,9) FATOR SAGITAL SACRAL0,761 HIPO57 (15,8)5 (11,6) NORMAL280 (77,6)35 (81,4) HIPER24 (6,6)3 (7) TOTAL361 (100)43 (100) TESTE QUI-QUADRADO; # TESTE DA RAZÃO DE VEROSSIMILHANÇAS PCOR VARIÁVEL PELA, TEM-SE QUE, NÃO HOUVE ASSOCIAÇÃO ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA DA COR DOS PACIENTES COM AS ESCALAS AVALIADAS (P > 0,05). TABELA 4. DESCRIÇÃO DAS IDADES DOS PACIENTES SEGUNDO AS ESCALAS E RESULTADO DOS TESTES COMPARATIVOS. IDADE (ANOS) MÉDIA \pm DP FATOR QUANTITATIVO0,875 114,7 \pm 2,4 214,9 \pm 2,2 314,9 \pm 1,8 FATOR LOCALIZADOR0,784 A15,3 \pm 1,9 B14,8 \pm 2,1 C14,8 \pm 2,5 FATOR SAGITAL TORÁCICA0,009 HIPO14,1 \pm 1,8 NORMAL15 \pm 2,2 HIPER14,8 \pm 2,4 FATOR SAGITAL LOMBAR0,270 HIPO14,5 \pm 1,8 NORMAL14,8 \pm 2,2 HIPER15,1 \pm 2,2 FATOR SAGITAL SACRAL0,462 HIPO14,6 \pm 2 NORMAL14,8 \pm 2,2 HIPER15,2 \pm 2,4 ANOVA; & HIPO EM MÉDIA MAIS NOVO QUE O NORMAL (P = 0,007) VARIÁVELP A TABELA 4 MOSTRA QUE HOUVE DIFERENÇA MÉDIA ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA NA IDADE DOS PACIENTES SEGUNDO O FATOR SAGITAL TORÁCICA (P = 0,009), SENDO O PACIENTE COM ESSE FATOR HIPOCIFOSE MAIS NOVO QUE O PACIENTE COM ESSE FATOR NORMAL (P = 0,007). TABELA 5. DESCRIÇÃO DAS DEMAIS ESCALAS SEGUNDO FATOR QUANTITATIVO E RESULTADO DOS TESTES DE ASSOCIAÇÃO. 123 FATOR LOCALIZADOR<0,001# A2 (1,8)10 (4,5)0 (0) B90 (81,1)116 (51,8)60 (87) C19 (17,1)98 (43,8)9 (13) FATOR SAGITAL TORÁCICA0,024 HIPO15 (13,5)38 (17)11 (15,9) NORMAL62 (55,9)145 (64,7)50 (72,5) HIPER34 (30,6)41 (18,3)8 (11,6) FATOR SAGITAL LOMBAR0,031 HIPO4 (3,6)30 (13,4)11 (15,9) NORMAL82 (73,9)150 (67)49 (71) HIPER25 (22,5)44 (19,6)9 (13) FATOR SAGITAL SACRAL0,026# HIPO9 (8,1)41 (18,3)12 (17,4) NORMAL98 (88,3)167 (74,6)50 (72,5) HIPER4 (3,6)16 (7,1)7 (10,1) TOTAL111 (100)224 (100)69 (100) TESTE QUI-QUADRADO; # TESTE DA RAZÃO DE VEROSSIMILHANÇAS PFATOR QUANTITATIVO VARIÁVEL MOSTRA QUE HOUVE ASSOCIAÇÃO ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA DE TODAS AS DEMAIS ESCALAS COM O FATOR QUANTITATIVO (P < 0,05), SENDO QUE QUANTO MAIOR O VALOR QUANTITATIVO MAIS HIPOEXPRESSAS FORAM OS PACIENTES NOS FATORES SAGITAIS E PACIENTES COM FATOR 2 APRESENTARAM ESTATISTICAMENTE MAIS FATOR LOCALIZADOR C (P < 0,001). TABELA 6. DESCRIÇÃO DAS DEMAIS ESCALAS SEGUNDO FATOR LOCALIZADOR E RESULTADO DOS

TESTES DE ASSOCIAÇÃO. ABC FATOR SAGITAL TORÁCICA0,172 HIPO0 (0)47 (17,7)17 (13,5) NORMAL8 (66,7)169 (63,5)80 (63,5) HIPER4 (33,3)50 (18,8)29 (23) FATOR SAGITAL LOMBAR0,230# HIPO0 (0)34 (12,8)11 (8,7) NORMAL10 (83,3)185 (69,5)86 (68,3) HIPER2 (16,7)47 (17,7)29 (23) FATOR SAGITAL SACRAL0,251# HIPO1 (8,3)35 (13,2)26 (20,6) NORMAL9 (75)213 (80,1)93 (73,8) HIPER2 (16,7)18 (6,8)7 (5,6) TOTAL12 (100)266 (100)126 (100) TESTE DA RAZÃO DE VEROSSIMILHANÇAS PFATOR LOCALIZADOR VARIÁVEL PELA TABELA 6, TEM-SE QUE NÃO HOUVE ASSOCIAÇÃO ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA DO FATOR LOCALIZADOR COM OS FATORES SAGITAIS ($P > 0,05$). DESCRIÇÃO DAS DEMAIS ESCALAS SEGUNDO FATOR SAGITAL TORÁCICA E RESULTADO DOS TESTES DE ASSOCIAÇÃO. HIPONORMALHIPER FATOR SAGITAL LOMBAR<0,001 HIPO28 (43,8)14 (5,4)3 (3,6) NORMAL35 (54,7)195 (75,9)51 (61,4) HIPER1 (1,6)48 (18,7)29 (34,9) FATOR SAGITAL SACRAL0,189 HIPO16 (25)35 (13,6)11 (13,3) NORMAL46 (71,9)203 (79)66 (79,5) HIPER2 (3,1)19 (7,4)6 (7,2) TOTAL64 (100)257 (100)83 (100) TESTE QUI-QUADRADO; TESTE DA RAZÃO DE VEROSSIMILHANÇAS PFATOR SAGITAL TORÁCICA VARIÁVEL MOSTRA QUE O FATOR SAGITAL TORÁCICA FOI ESTATISTICAMENTE ASSOCIADO COM O FATOR SAGITAL LOMBAR DE MANEIRA DIRETA ($P < 0,001$). DESCRIÇÃO DAS DEMAIS ESCALAS SEGUNDO FATOR SAGITAL LOMBAR E RESULTADO DOS TESTES DE ASSOCIAÇÃO. HIPONORMALHIPER FATOR SAGITAL SACRAL<0,001# HIPO25 (55,6)34 (12,1)3 (3,8) NORMAL20 (44,4)236 (84)59 (75,6) HIPER0 (0)11 (3,9)16 (20,5) TOTAL45 (100)281 (100)78 (100) TESTE DA RAZÃO DE VEROSSIMILHANÇAS PVARIÁVELFATOR SAGITAL LOMBAR, TEM-SE QUE, HOUVE ASSOCIAÇÃO ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA DO FATOR SAGITAL LOMBAR COM O FATOR SAGITAL SACRAL, SENDO QUE A ASSOCIAÇÃO FOI DIRETA ENTRE AS ESCALAS, PESSOAS MAIS HIPOEXPRESSAS NUM PARÂMETRO FORAM MAIS HIPOEXPRESSAS NO OUTRO PARÂMETRO E PESSOAS MAIS HIPEREXPRESSAS EM UM PARÂMETRO FORAM MAIS HIPEREXPRESSAS NO OUTRO ($P < 0,001$). RESULTADOS: NO ESTUDO BIOESTATÍSTICO PREDOMINOU A COR BRANCA, SEXO FEMININO, IDADE MÉDIA DE 14 ANOS, FATOR QUANTITATIVO TIPO 2 (DUAS CURVAS), FATOR LOCALIZADOR (B) E POR FIM PREDOMINOU NOS FATORES SAGITAIS, TORÁCICO, LOMBAR E SACRAL TIPO (N) NORMAL. MOSTRA QUE NOS PACIENTES DO SEXO FEMININO A FREQUÊNCIA DE FATOR SAGITAL LOMBAR HIPER (+) FOI ESTATISTICAMENTE MAIOR QUE NOS PACIENTES DO SEXO MASCULINO. MOSTRA QUE HOUVE DIFERENÇA MÉDIA ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA NA IDADE DOS PACIENTES SEGUNDO O FATOR SAGITAL TORÁCICA ($P = 0,009$), SENDO O PACIENTE COM ESSE FATOR HIPOCIFOSE MAIS NOVO QUE O PACIENTE COM ESSE FATOR NORMAL ($P = 0,007$). A CLASSIFICAÇÃO MAIS USADA HOJE, NÃO AVALIA GLOBALMENTE O PLANO SAGITAL, APENAS T5 A T12, NÃO PODENDO AFIRMAR QUE SE TRATAR REALMENTE DE UMA AVALIAÇÃO TRIDIMENSIONAL DA COLUNA. NA CTM A CURVA PROXIMAL SE ESTENDE DA COLUNA CERVICAL A T5, É OPORTUNO MENSURAR DESSA FORMA, RESPEITANDO A PECULIARIDADE DE CADA CURVA. RECOMENDA-SE ATENÇÃO AS CURVAS QUE ESTENDEM ATÉ A COLUNA CERVICAL, PARA EVITAR DESEQUILÍBRIO DO PLANO CORONAL NOS CASOS CIRÚRGICOS. MENSURA TAMBÉM A LORDOSE LOMBAR E A INCIDÊNCIA SACRAL. A CLASSIFICAÇÃO DA EIA CONSAGRADA HÁ CERCA 20 ANOS, ABRANGE APENAS OS SEIS TIPOS MAIS FREQUENTES, DOS 10 DESCRITOS PELA CTM. RESSALTA-SE QUE NOS CASOS COM TRÊS CURVATURAS, SE A CURVA PROXIMAL OU TORACOLOMBAR FOREM AS PRINCIPAIS, NÃO ENQUADRA NO MÉTODO. SE O PACIENTE TIVER DUAS CURVAS LOCALIZADAS NA COLUNA TORÁCICA, SENDO A PRINCIPAL A PROXIMAL, TAMBÉM NÃO SE ENQUADRA. NOS CASOS COM APENAS UMA CURVATURA ESTRUTURADA, SE ELA FOR A PROXIMAL, NOVAMENTE NÃO ENQUADRA. O MODIFICADOR DA COLUNA LOMBAR DA DESSA CLASSIFICAÇÃO (3), IDENTIFICADOS COMO A, B E C, BASEIA-SE NA RELAÇÃO ENTRE A LINHA VERTICAL SACRAL CENTRAL E O ÁPICE APENAS DA CURVA LOMBAR, PORTANTO, COMO OS TIPOS 1 E 2 NÃO TEM CURVA LOMBAR, NÃO SE APLICAM E OS TIPOS 5 E 6 SEMPRE SÃO CONSIDERADOS C. PORTANTO ESSE MODIFICADOR LOMBAR SE APLICA APENAS NOS TIPOS 3 E 4. PODE-SE OBSERVAR NAS IMAGENS EM PERFIL, EM PACIENTE DESTA CASUÍSTICA, UMA GRANDE DIFICULDADE DE VISUALIZAR T5, DEVIDO À SUPERPOSIÇÃO COM A ESCÁPULA, PORTANTO, MAIS UM ARGUMENTO CONTRA ESTA OPÇÃO DE USAR T5 COMO REFERÊNCIA, PRINCIPALMENTE NOS CASOS DE HIPO-

LORDOSE E DE NORMALIDADE DO PLANO SAGITAL TORÁCICO. OS AUTORES DESSE ARTIGO, CONSIDERAM CURVAS SECUNDÁRIAS RESIDUAIS, TODAS AQUELAS ACIMA DE 10°, IDENTIFICADAS PELO TESTE DE FLEXIBILIDADE. A VALORIZAÇÃO DESSAS CURVATURAS TEM COMO OBJETIVO DIMINUIR A TAXA DESEQUILÍBRIO DO TRONCO, CONSIDERANDO SER ELAS A MAIOR CAUSADOR. SEM DÚVIDA A CTM COM O FATOR QUANTITATIVO AVALIA O PLANO CORONAL DE MANEIRA SIMPLES, EM 1, 2, 3 DE ACORDO COM NÚMERO DE CURVAS, DESCREVENDO DEZ TIPOS DE CURVATURAS. O FATOR LOCALIZADOR FOCA E LOCALIZA A CURVA PRINCIPAL. O FATOR SAGITAL ESTUDA GLOBALMENTE ESSE PLANO. A CLASSIFICAÇÃO EM PAUTA REQUER MAIORES TESTES E ESTUDOS, ENTANTO, FAZ REALMENTE UMA AVALIAÇÃO TRIDIMENSIONAL DA COLUNA, DANDO MAIOR EMBASAMENTO PARA O PROJETO DA CORREÇÃO CIRÚRGICA. CONCLUSÕES: NESSE ESTUDO PREDOMINOU ESCOLIOSE DE DUPLA CURVA, MAIOR INCIDÊNCIA DE CURVA PRINCIPAL NA TORÁCICA MÉDIA E ESTUDO DO PLANO SAGITAL A MAIORIA APRESENTOU NORMAL.

33. SARCOMA DE EWING

GIORDANO BRUNO COREIA LIMA JORDÃO¹, DANIELA REGINA FRUTUOSO DE ALMEIDA¹

1. FACULDADE DE MEDICINA DE TERESÓPOLIS, TERESÓPOLIS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: ENTRE A AMPLA VARIEDADE DE TUMORES QUE ACOMETEM A RAÇA HUMANA, OS TUMORES ÓSSEOS SÃO COMPARATIVAMENTE RAROS. DEVIDO À ESSA RARIDADE, O SEU DIAGNÓSTICO, PRINCIPALMENTE NA FASE INICIAL É DIFÍCIL, E PODE SER CON-FUNDIDO COM OUTRAS DOENÇAS ORTOPÉDICAS (INFECÇÕES, FRA-TURAS, DOENÇAS METABÓLICAS ÓSSEAS, ETCJ.' TAMBÉM DEVIDO À ESSA RARIDADE, POUCOS CENTROS NO MUNDO OBTIVERAM UM NÚMERO MAIOR DE PACIENTES E EXPERIÊNCIA NO TRATAMENTO DESSAS LESÕES." O DIAGNÓSTICO PRECOCE E O ENCAMINHAMENTO PARA O ESPECIALISTA EM ONCOLOGIA ORTOPÉDICA É EXTREMAMENTE IMPORTANTES NO PROGNÓSTICO DA SOBREVIVÊNCIA DO PACIENTE. NOS CASOS EM QUE O DIAGNÓSTICO É FEITO TARDIAMENTE, OU PIOR, NÃO É REALIZADO, O PACIENTE PODE EVOLUIR COM LESÕES EXTENSAS, IMPOSSIBILITANDO QUALQUER TENTATIVA DE CIRURGIA PRESERVADORA DO MEMBRO AFETADO, SENDO, PORTANTO, NECES-SÁRIA A REALIZAÇÃO DAS AMPUTAÇÕES. O MAIS IMPRESSIONANTE E PREOCUPANTE É QUE MESMO HOJE NO SÉCULO XXI, AINDA SÃO ATENDIDOS PACIENTES COM TUMORES TÃO VOLUMOSOS QUE INVIABILIZAM OS PROCEDIMENTOS DE SALVAMENTO DO MEMBRO. EM NOSSO PAÍS CONTAMOS COM O AGRAVANTE DA CONDIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICO-CULTURAL, DE BOA PARTE DA POPULAÇÃO, PRINCIPALMENTE DAS REGIÕES MAIS DESFAVORECIDAS, ONDE AS CONDIÇÕES BÁSICAS DE VIDA DIFICULTAM UM ATENDIMENTO ADEQUADO. OS SINTOMAS INICIAIS DEPENDEM LOGICAMENTE DO TIPO E LOCALIZA-ÇÃO DO TUMOR', PORÉM OS SINAIS PRECOSES SÃO DE DOR E AU-MENTO DE VOLUME (EDEMA) LOCAL, INDEPENDENTEMENTE DO TU-MOR - ALNÁ 15 SER OU NAO P PAVE. EM MAIS OU MENOS METADE DOS CASOS A DOR É ACOMPANHADA DE EDEMA DA REGIÃO COM-PROMETIDA, MAS EM ALGUNS CASOS SÓ A DOR OU O EDEMA ESTÃO PRESENTES." COMO A DOR NO MEMBRO (SUPERIOR OU INFERIOR) É UM SINTOMA MUITO COMUM NA PRÁTICA DIÁRIA DO ORTOPEDISTA, EM MUITOS CASOS, UM TUMOR NA FASE INICIAL, NÃO TEM O SEU DIAGNÓSTICO FEITO, POIS SUSPEITAVA-SE INICIALMENTE DE UMA OUTRA DOENÇA ORTOPÉDICA E/OU TRAUMATOLÓGICA, PRINCIPALMENTE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, JÁ QUE OS MESMOS ESTÃO MAIS SUJEITOS A TRAUMATISMOS, DEVIDO À MAIOR ATIVIDADE FL-SICA' O SARCOMA DE EWING É UM TUMOR ÓSSEO MALIGNO PRIMÁRIO, REPRESENTANDO 3-6% DE TODOS OS TUMORES ÓSSEOS MALIGNOS. COSTUMA AFETAR CRIANÇAS ENTRE 5-15 ANOS DE IDADE. É JUSTA-MENTE NESSA FAIXA ETÁRIA (PRIMEIRA E SEGUNDA DÉCADA DA VIDA - 1 A 20 ANOS DE IDADE) QUE É VERIFICADA A MAIOR INCIDÊNCIA DOS TUMORES ÓSSEOS TANTO MALIGNOS QUANTO BENIGNOS. COM O DESENVOLVIMENTO DOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICOS, (PRINCIPALMENTE MÉTODOS DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E OUTROS), DESENVOLVIMENTO DE PRO-TOCOLOS DE QUIRNIOTERAPIA, DESENVOLVIMENTO DA RADIOTERA-

PIA, ENFIM COM A CONSCIENTIZAÇÃO DE QUE O SUCESSO DO TRATAMENTO DOS TUMORES ÓSSEOS, PRINCIPALMENTE OS MALIGNOS, DEPENDE DA INTERAÇÃO E HARMONIA ENTRE OS VÁRIOS ESPECIALISTAS ENVOLVIDOS, CRIOU-SE A NECESSIDADE DO TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. O OBJETIVO DESTES TRABALHOS SE DIRECIONA A EXPLORAR A CAPACIDADE DO PROFISSIONAL ESPECIALISTA NO ÂMBITO DE VALORIZAR, OU NUNCA TOMAR MENOS SIGNIFICANTES AS NEOPLASIAS E SOBRETUDO, RESSALTAR A IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DE BIÓPSIA COM POSTERIOR ESTUDO HISTOPATOLÓGICO NOS CASOS DE INFECÇÕES. 8 VALE RESSALTAR O VALOR DO INCENTIVO AOS PROFISSIONAIS LIBERAIS À ABERTURA DE BANCOS DE OSSOS NO BRASIL, JÁ QUE HÁ UM DÉFICIT SIGNIFICATIVO DOS MESMOS EM NOSSO PAÍS. MATERIAIS E MÉTODOS: JAMES EWING, EM 1921, DESCREVEU UM TUMOR ÓSSEO, MAIS TARDE CHAMADO DE SARCOMA DE EWING, CLASSIFICANDO-O COMO ENDOTÉLIO ÓSSEO ESPECIALIZADO, TRATA-SE DE NEOPLASIA DE CÉLULAS REDONDAS DE ALTA MALIGNIDADE E, EMBORA A HISTOGÊNESE TUMORAL PERMANEÇA MOTIVO DE CONTROVÉRSIA, PROVAVELMENTE É DERIVADO DE CÉLULAS RETICULARES IMATURAS." USUALMENTE ORIGINA-SE DA MEDULA ÓSSEA, EM PARTICULAR DOS OSSOS LONGOS (55_88%/4,5, CORRESPONDENDO A CERCA DE 6%DOS TUMORES ÓSSEOS MALIGNOS.V'MACROSCOPICARENTE, EM ESPÉCIES NÃO MODIFICADAS PELA RADIOTERAPIA, QUIRNIOTERAPIA OU PELA OCORRÊNCIA DE NECROSE E HEMORRAGIA, IDENTIFICA-SE URNA MASSA AMOLECIDA, BRANCO-ACINZENTADA, BRILHANTE, SEMELHANTE, POR VEZES, AO TECIDO CEREBRAL". HISTOLOGICAMENTE, OS NÚCLEOS SÃO UM POUCO MAIORES QUE OS DOS LINFÓCITOS, COM CROMATINA FROUXA, NUCLÉOLOS PEQUENOS, PAS POSITIVA, UM NÚMERO VARIADO DE FIGURAS DE RNITOSE E DE AGREGADOS DE GLICOGÊNIO NO SEU CITOPLASMA DEVENDO SER DIFERENCIADO DE OUTRAS NEOPLASIAS DE CÉLULAS PEQUENAS, ESPECIALMENTE LINFOMAS, NEUROBLASTOMAS, TUMORES NEUROECTODÉRRNICOS PRIMITIVOS E OSTEOSARCOMA DE CÉLULAS PEQUENASDS SINTOMAS LOCAIS APRESENTADOS SÃO DOR E AUMENTO DE VOLUME, ALÉM DA PRESENÇA DE FEBRE, CERCA DE 75% DOS PACIENTES TÊM IDADE ENTRE OS 10 E 25 ANOS" E SÃO DUAS VEZES MAIS FREQUENTES NO SEXO MASCULINO,1 TRATA-SE DA MAIS FREQUENTE NEOPLASIA ÓSSEA NA PRIMEIRA DÉCADA DE VIDA, SENDO A SEGUNDA MAIS FREQUENTE NA SEGUNDA DÉCADA, CEDENDO LUGAR AO OSTEOSARCOMA.V COMUMENTE LOCALIZADO EM OSSOS LONGOS" RARAMENTE ORIGINA-SE EM TECIDOS NÃO ÓSSEOS E, EXCEPCIONALMENTE, NO ESPAÇO EPIDURAL IDI RAQUI IANO. A PRIMEIRA OBSERVAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE SARCOMA DE EWING COM LOCALIZAÇÃO EXTRAESQUELÉTICA FOI FEITA POR TEFFET, VANTER E MITUS", EM 1969, QUANDO DESCREVERAM QUATRO CASOS, UM DELES LOCALIZADO NO ESPAÇO EPIDURAL.I." SÃO DESCRITOS CASOS DE LOCALIZAÇÃO LARÍNGEA, NO ESCALPO, FOSSAS NASAIS, PESCOÇO, NA REGIÃO DO TÓRAX, PULMÃO, PARAVERTEBRAIS, PELVE, PERÍNEO, PODODÁCTILOS E ESCALPO EPIDURAL." TAL FORMA, EXTREMAMENTE RARA, É IGUALMENTE MALIGNA, COM IDADE DE INCIDÊNCIA MENOR QUE 20 ANOS. HÉRNIA DE DISCO INTERVERTEBRAL É UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM ADULTOS." EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DEVE SER SEMPRE AVENTADA A HIPÓTESE DE TUMOR, QUANDO EXISTE DOR LOMBAR OU CIÁTICA. CAUSAS DE COMPRESSÕES MEDULARES EM CRIANÇAS SÃO TUMORES EXTRA OU INTRADURAIIS BENIGNOS (LIPOMAS, ANGIOMAS, MENINGIOMAS, CISTOS NEUROENTÉRICOS, NEUROFIBROMAS E CISTOS DERRNÓIDES), TUMORES MALIGNOS PRIMÁRIOS (LEUCEMIA E LINFOMA) OU METASTÁTICOS (SARCOMA DE EWING ÓSSEO, RABDOSSARCOMA, CONDROSARCOMA, NEUROBLASTOMA)." UMA CONDIÇÃO FREQUENTEMENTE CONFUNDIRA COM TUMOR DE EWING É A OSTEOMIELITE." O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEVE SER BASEADO NA HISTÓRIA, EXAME FÍSICO E EXAMES DE IMAGENS. A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA É SUPERIOR À TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E À MIELOGRAFIA. ESTES TUMORES GERALMENTE APRESENTAM UMA DIMINUIÇÃO DE SINAL EM T1, AUMENTO EM T2 E CAPTAÇÃO MAIS OU MENOS HOMOGÊNEA DE CONTRASTE. A DESPEITO DO FATO DE NÃO SE TER CRITÉRIOS RADIOLÓGICOS QUE DIFERENCIE O SARCOMA DE EWING EPIDURAL PRIMÁRIO DE OUTROS TUMORES, A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA É PARTICULARMENTE ÚTIL NA DELIMITAÇÃO DA LOCALIZAÇÃO E EXTEN-

SÃO DA LESÃO.16 O DIAGNÓSTICO É REALIZADO POR BIÓPSIA COM AGULHA. A PRESENÇA DE CÉLULAS PEQUENAS COM NÚCLEOS REDONDOS É UMA CARACTERÍSTICA MARCANTE DO SARCOMA DE EWING. O TRATAMENTO CIRÚRGICO É ÚTIL PARA A DESCOMPRESSÃO MEDULAR E PARA O DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO E DEVE SER REALIZADO EM UM ESTÁGIO PRECOZE "POIS, EMBORA O PROGNÓSTICO PAREÇA SER GRAVE? É POTENCIALMENTE CONTROLÁVEL", MAS COM ALTO ÍNDICE DE RECORRÊNCIA.I." OTRATAMENTO COMBINADO (QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA) PODE INDUZIR A UM LONGO TEMPO LIVRE DE TUMOR, COM PROGNÓSTICO SEMELHANTE DE EWING ÓSSEO.' A RADIOTERAPIA É DE GRANDE UTILIDADE, INCLUSIVE NO PÓS-OPERATÓRIO DOS PACIENTES E PRINCIPALMENTE NOS LOCAIS DE DIFÍCIL ACESSO CIRÚRGICO (COMO A COLUNA);' O TUMOR DE EWING É RESPONSIVO TANTO A RADIOTERAPIA QUANTO A QUIMIOTERAPIA. 12 OS PROGRESSOS OBTIDOS COM O ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR NAS DUAS ÚLTIMAS DÉCADAS RESULTARAM NA EXPECTATIVA DE QUE MAIS DE 60% DOS PACIENTES COM DOENÇA LOCALIZADA PODEM SER CURADOS. RESULTADOS: PACIENTE, BRANCA, SEXO FEMININO, 18 ANOS, FOI ENCONTRADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL SÃO FRANCISCO, QUEIXANDO-SE DE DOR LOMBAR HÁ 4 DIAS, COM PARESTESIA E DIMINUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR NOS MEMBROS INFERIORES, ASSOCIADAS A RETENÇÃO URINÁRIA. NÃO RELATAVA ANTECEDENTES MÓRBIDOS. O EXAME FÍSICO GERAL NÃO EVIDENCIOU ANORMALIDADES. AO EXAME NEUROLÓGICO, APRESENTAVA PARAPARESIA CRURAL MAIS ACENTUADA A ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DA SENSIBILIDADE SUPERFICIAL COM NÍVEL EM T10, REFLEXOS PROFUNDOS VIVOS NOS MEMBROS INFERIORES, REFLEXO CUTÂNEO PLANTAR EM EXTENSÃO BILATERALMENTE, COM TÔNUS ANAL PRESERVADO. AS RADIOGRAFIAS SIMPLES DA COLUNA TORÁCICA E LOMBAR NÃO EVIDENCIARAM ALTERAÇÕES. A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA EVIDENCIA PROCESSO EXPANSIVO EPIDURAL AO NÍVEL DE L2-L3, COM ISOSINAL EM T1, HIPERSINAL EM T2 E DISCRETO REALCE A UTILIZAÇÃO DE CONTRASTE. (ANEXO 1) A PACIENTE FOI SUBMETIDA A LAMINECTOMIA DE URGÊNCIA AO NÍVEL L1-L3, ONDE FOI EVIDENCIADO PROCESSO EXPANSIVO ENVOLVENDO O SACO DURAL, PREDOMINANTEMENTE POSTERIOR, BEM DELIMITADO, DE COLORAÇÃO BRANCO-ACINZENTADA E CONSISTÊNCIA AMOLECIDA.FOI REALIZADA RESSECÇÃO SUBTOTAL DA LESÃO.A LESÃO REMANESCENTE LOCALIZAVA-SE NA REGIÃO ANTERIOR DO CANAL. A PACIENTE EVOLUIU COM MELHORA DO DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR, DO DÉFICIT SENSITIVO E NORMALIZAÇÃO DA FUNÇÃO ESFINCTERIANA. O ESTUDO ANATOMO-PATOLÓGICO EVIDENCIOU NEOPLASIA MALIGNA DE PEQUENAS CÉLULAS, COM NÚCLEOS ARREDONDADOS, HIPERCROMÁTICOS, DE NUCLÉOLOS INCONSPÍCUOS E CITOPLASMA EOSIOFÍLICO ESCASSO. O ESTUDO IMUNO-HISTOQUÍMICO REVELOU IMUNO-EXPRESÃO PARA CD99. O DIAGNÓSTICO ANATOMO-PATOLÓGICO FOI CONSISTENTE COM SARCOMA DE EWING. ESTUDOS 10 COMPLEMENTARES NÃO EVIDENCIARAM PRESENÇA DE LESÕES ÓSSEAS OU EM OUTROS ÓRGÃOS. A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PÓS-OPERATÓRIA EVIDENCIOU PRESENÇA DE MASSA RESIDUAL EPIDURAL ANTERIOR. A PACIENTE REALIZOU TRATAMENTO QUIRNIOTERÁPICO POR 54 SEMANAS (IFOSFAMIDA, VEPOSIDE, VINCRISTINA, ADRIARNICINA E CICLOFOSFARNIDA) E RADIOTERÁPICO (4500 CGY). SETE MESES APÓS A CIRURGIA, A PACIENTE APRESENTAVA-SE ASSINTOMÁTICA., SEM EVIDÊNCIAS DE COMPROMETIMENTO SISTÊMICO E A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NÃO MOSTROU TUMOR VISÍVEL. CONCLUSÕES: JAMES EWING, EM 1921, DESCREVEU UM TUMOR ÓSSEO, MAIS TARDE CHAMADO DE SARCOMA DE EWING, CLASSIFICANDO-O COMO ENDOTÉLIO ÓSSEO ESPECIALIZADO, TRATA-SE DE NEOPLASIA DE CÉLULAS REDONDAS DE ALTA MALIGNIDADE E, EMBORA A HISTOGÊNESE TUMORAL PERMANEÇA MOTIVO DE CONTROVÉRSIA, PROVAVELMENTE É DERIVADO DE CÉLULAS RETICULARES IMATURAS." USUALMENTE ORIGINA-SE DA MEDULA ÓSSEA, EM PARTICULAR DOS OSSOS LONGOS (55_88%/4,5, CORRESPONDENDO A CERCA DE 6%DOS TUMORES ÓSSEOS MALIGNOS.V'MACROSCOPICARENTE, EM ESPÉCIES NÃO MODIFICADAS PELA RADIOTERAPIA, QUIRNIOTERAPIA OU PELA OCORRÊNCIA DE NECROSE E HEMORRAGIA, IDENTIFICA-SE URNA MASSA AMOLECIDA, BRANCO-ACINZENTADA, BRILHANTE, SEMELHANTE, POR VEZES, AO TECIDO CEREBRAL". HISTOLOGICAMENTE, OS NÚCLEOS

SÃO UM POUCO MAIORES QUE OS DOS LINFÓCITOS, COM CROMATINA FROUXA, NUCLÉOLOS PEQUENOS, PAS POSITIVA, UM NÚMERO VARIADO DE FIGURAS DE RNITOSE E DE AGREGADOS DE GLICOGÊNIO NO SEU CITOPLASMA DEVENDO SER DIFERENCIADO DE OUTRAS NEOPLASIAS DE CÉLULAS PEQUENAS, ESPECIALMENTE LINFOMAS, NEUROBLASTOMAS, TUMORES NEUROECTODÉRRNICOS PRIMITIVOS E OSTEOSARCOMA DE CÉLULAS PEQUENAS. OS SINTOMAS LOCAIS APRESENTADOS SÃO DOR E AUMENTO DE VOLUME, ALÉM DA PRESENÇA DE FEBRE, 11 CERCA DE 75% DOS PACIENTES TÊM IDADE ENTRE OS 10 E 25 ANOS" E SÃO DUAS VEZES MAIS FREQUENTES NO SEXO MASCULINO, TRATA-SE DA MAIS FREQUENTE NEOPLASIA ÓSSEA NA PRIMEIRA DÉCADA DE VIDA, SENDO A SEGUNDA MAIS FREQUENTE NA SEGUNDA DÉCADA, CEDENDO LUGAR AO OSTEOSSARCOMA. V COMUMENTE LOCALIZADO EM OSSOS LONGOS" RARAMENTE ORIGINA-SE EM TECIDOS NÃO ÓSSEOS E, EXCEPCIONALMENTE, NO ESPAÇO EPIDURAL. 12 RAQUIANO. A PRIMEIRA OBSERVAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE SARCOMA DE EWING COM LOCALIZAÇÃO EXTRAESQUELÉTICA FOI FEITA POR TEFFET, VANTER E MITUS", EM 1969, QUANDO DESCREVERAM QUATRO CASOS, UM DELES LOCALIZADO NO ESPAÇO EPIDURAL. 13 SÃO DESCRITOS CASOS DE LOCALIZAÇÃO LARÍNGEA, NO ESCALPO, FOSSAS NASAIS, PESCOÇO, NA REGIÃO DO TÓRAX, PULMÃO, PARAVERTEBRAIS, PELVE, PERÍNEO, PODODÁCTILOS E ESCALPO EPIDURAL. 14 TAL FORMA, EXTREMAMENTE RARA, É IGUALMENTE MALIGNA, COM IDADE DE INCIDÊNCIA MENOR QUE 20 ANOS. HÉRNIA DE DISCO INTERVERTEBRAL É UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM ADULTOS. 15 EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DEVE SER SEMPRE AVENTADA A HIPÓTESE DE TUMOR, QUANDO EXISTE DOR LOMBAR OU CIÁTICA. 16 CAUSAS DE COMPRESSÕES MEDULARES EM CRIANÇAS SÃO TUMORES EXTRA OU INTRADURAIS BENIGNOS (LIPOMAS, ANGIOMAS, MENINGIOMAS, CISTOS NEUROENTÉRICOS, NEUROFIBROMAS E CISTOS DERRNÓIDES), TUMORES MALIGNOS PRIMÁRIOS (LEUCEMIA E LINFOMA) OU METASTÁTICOS (SARCOMA DE EWING ÓSSEO, RABDOSSARCOMA, CONDROSSARCOMA, NEUROBLASTOMA). 17 UMA CONDIÇÃO FREQUENTEMENTE CONFUNDIDA COM TUMOR DE EWING É A OSTEOMIELITE. 18 O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEVE SER BASEADO NA HISTÓRIA, EXAME FÍSICO E EXAMES DE IMAGENS. A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA É SUPERIOR À TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E À MIELOGRAFIA. 19 ESTES TUMORES GERALMENTE APRESENTAM UMA DIMINUIÇÃO DE SINAL EM T1, AUMENTO EM T2 E CAPTAÇÃO MAIS OU MENOS HOMOGÊNEA DE CONTRASTE. A DESPITO DO FATO DE NÃO SE TER CRITÉRIOS RADIOLÓGICOS QUE DIFERENCIE O SARCOMA DE EWING EPIDURAL PRIMÁRIO DE OUTROS TUMORES, A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA É PARTICULARMENTE ÚTIL NA DELIMITAÇÃO DA LOCALIZAÇÃO E EXTENSÃO DA LESÃO. O DIAGNÓSTICO É REALIZADO POR BIÓPSIA COM AGULHA. A PRESENÇA DE CÉLULAS PEQUENAS COM NÚCLEOS REDONDOS É UMA CARACTERÍSTICA MARCANTE DO SARCOMA DE EWING. O TRATAMENTO CIRÚRGICO É ÚTIL PARA A DESCOMPRESSÃO MEDULAR E PARA O DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO E DEVE SER REALIZADO EM UM ESTÁGIO PRECOCE "POIS, EMBORA O PROGNÓSTICO PAREÇA SER GRAVE? É POTENCIALMENTE CONTROLÁVEL", MAS COM ALTO ÍNDICE DE RECORRÊNCIA. 20 O TRATAMENTO COMBINADO (QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA) PODE INDUZIR A UM LONGO TEMPO LIVRE DE TUMOR, COM PROGNÓSTICO SEMELHANTE DE EWING ÓSSEO. 21 A RADIOTERAPIA É DE GRANDE UTILIDADE, INCLUSIVE NO PÓS-OPERATÓRIO DOS PACIENTES E PRINCIPALMENTE NOS LOCAIS DE DIFÍCIL ACESSO CIRÚRGICO (COMO A COLUNA); 22 O TUMOR DE EWING É RESPONSIVO TANTO A RADIOTERAPIA QUANTO A QUIMIOTERAPIA. OS PROGRESSOS OBTIDOS COM O ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR NAS DUAS ÚLTIMAS DÉCADAS RESULTARAM NA EXPECTATIVA DE QUE MAIS DE 60% DOS PACIENTES COM DOENÇA LOCALIZADA PODEM SER CURADOS.

34. TETRAPARESIA GRAVE DESENCADEADA EM CIRURGIA TÓRACO-LOMBAR

ALESSANDRO BLASSIOLI¹, PEDRO FELIPE FERREIRA¹

1. HOSPITAL PAULISTANO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: DEMONSTRAR RISCO DE COMPRESSÃO MEDULAR CERVICAL EM PACIENTE OLIGOSSINTOMÁTICOS SUBMETIDOS A ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL, TROCA DE DECÚBITO E POSI-

CIONAMENTO VENTRAL. MATERIAIS E MÉTODOS: NA DESCRIÇÃO DO CASO DO PRESENTE ESTUDO, SERÁ REPORTADO EVENTO OCORRIDO DURANTE O TRATAMENTO DE UMA PACIENTE DE 43 ANOS, COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA COM TETRAPARESIA GRAVE, DECORRENTE DE COMPRESSÃO MEDULAR POR HÉRNIA DISCAL CERVICAL, DESENCADEADA PELA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA DE RETIRADA CIRÚRGICA DE SÍNTESE TÓRACO-LOMBAR POSTERIOR (HASTES E PARAFUSOS), EM DECÚBITO VENTRAL, SOB ANESTESIA GERAL. RESULTADOS: O RESULTADO DO CASO DA PACIENTE PODERIA TER SIDO CATASTRÓFICO NO SENTIDO DE QUE PODERIA TER OCORRIDO SEQUELA NEUROLÓGICA GRAVE E PERMANENTE, DEVIDO À TETRAPARESIA. NO ENTANTO, NO PRESENTE CASO SEQUER A PACIENTE HAVIA SIDO APONTADA PREVIAMENTE COMO PORTADORA DE RISCO DE LESÃO MEDULAR CERVICAL. OS ASPECTOS QUE CONSIDERADOS FORAM O POSICIONAMENTO PACIENTE, A INTUBAÇÃO E A TROCA DE DECÚBITO, SENDO QUE CADA UM DELES EM CONJUNTO OU ISOLADAMENTE PODE TER CONTRIBUÍDO PARA A COMPRESSÃO MEDULAR OCORRIDA. CONCLUSÕES: O AUTOR DISCUTE A IMPORTÂNCIA DA VALORIZAÇÃO DAS QUEIXAS FRUSTRAS RELACIONADAS À COLUNA CERVICAL, MESMO SEM RADICULOPATIA, EM PACIENTES COM PATOLOGIA DEGENERATIVA DOLOROSA LOMBAR E/OU TORÁCICA, RECOMENDANDO ATENÇÃO REDOBRADA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EM SITUAÇÕES SIMILARES E CONSIDERAR POSSÍVEL, CASO JULGUE DE INTERESSE, A INVESTIGAÇÃO COM EXAMES SUBSIDIÁRIOS, PRINCIPALMENTE COM USO DE IMAGENS MULTIPLANARES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL, VISTO QUE EM TORNO DE 30% DOS PACIENTES SABIDAMENTE APRESENTAM PATOLOGIAS DISCAIS CONCOMITANTES NAS REGIÕES CERVICAL E LOMBAR. NO PRESENTE CASO A PACIENTE SE QUEIXAVA DE DESCONFORTO NA CINTURA ESCAPULAR E DISFAGIA LEVE, NÃO TENDO SIDO PREVIAMENTE INVESTIGADA E, PORTANTO, NÃO TENDO SIDO APONTADA COMO PORTADORA DE POTENCIAL RISCO DE DANO MEDULAR. OUTRO ASPECTO RELEVANTE É A ÊNFASE NA UTILIZAÇÃO CADA VEZ MAIS NECESSÁRIA DA MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA NAS CIRURGIAS DE COLUNA VERTEBRAL.

37. PSEUDOTUMOR RETRO ODONTOIDEO NA SINDROME DE TOURET: CASE REPORT

FELIPE AREIAS MOURÃO¹, ROBERTO DUPRAT OBERG¹, FELIPE SANCHEZ RIBEIRO¹, FELIPE MOREIRA FERNANDES¹, FLAVIO VAZ MACHADO¹

1. INSTITUTO NOVA NEURO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: O PSEUDOTUMOR RETRO-ODONTOIDEO (PRO) CAUSANDO COMPRESSÃO DA MEDULA ESPINHAL, LEVANDO A MIELOPATIA, ESTÁ FREQUENTEMENTE ASSOCIADO A UMA CONDIÇÃO INFLAMATÓRIA, COMO A ARTRITE REUMATOIDE. O PRO NÃO INFLAMATÓRIO DEGENERATIVO É RESPONSÁVEL POR UMA COMPRESSÃO CLINICAMENTE RELEVANTE DA MEDULA ESPINHAL. TRATA-SE DE UMA CONDIÇÃO RARA DESCRITA EM PEQUENAS SÉRIES CLÍNICAS E PROVAVELMENTE ESTÁ ASSOCIADA À HIPERMOBILIDADE DA JUNÇÃO CRANIOVERTEBRAL OU A CONDIÇÕES SEMELHANTES À INSTABILIDADE. MATERIAIS E MÉTODOS: PACIENTE DO SEXO MASCULINO, 63 ANOS E COM MAIS DE 40 ANOS DE TIQUES ESPASMÓDICOS CAUSADOS PELA ST. NO ANO DE 2019, PASSOU A SENTIR DORMÊNCIA NA EXTREMIDADE SUPERIOR E DIFICULDADE PARA ANDAR. O EXAME FÍSICO MOSTRANDO QUE ELE TINHA TETRAPARESIA ESPÁSTICA ACENTUADA (TEA), COM FORÇA MUSCULAR DE PELO MENOS GRAU 4 NAS EXTREMIDADES SUPERIOR E INFERIOR DIREITAS. OBSERVOU-SE, AINDA, DISTÚRPIO SENSORIAL EM DISTRIBUIÇÃO DISTAL (MEIA-LUVA) E PARESTESIA BILATERAL DAS MÃOS. HAVIA HIPERREFLEXIA GLOBAL NAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES. ELE NÃO MOSTROU NENHUMA EVIDÊNCIA DE ARTRITE REUMATOIDE QUE ATENDESSE AOS CRITÉRIOS DA AMERICAN RHEUMATISM ASSOCIATION (ARA) E O ESTUDO DE CINTILOGRAFIA ÓSSEA FOI NEGATIVO PARA QUALQUER DOENÇA MALIGNA. A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (MRI) MOSTROU UMA VOLUMOSA MASSA ATRÁS DO PROCESSO ODONTOIDEO COMPRIMINDO A MEDULA ESPINHAL. A DENSIDADE DA MASSA FOI INTERMEDIÁRIA NAS IMAGENS PONDERADAS EM T1 E BAIXA NAS IMAGENS PONDERADAS EM T2 COM HIPERSINAL INTRAMEDULAR EM T2 NO MESMO NÍVEL. (IMAGEM DE RESSONÂNCIA) AO EXAME FÍSICO

CO: (I) TETRAPARESIA ESPÁSTICA, (II) HIPERREFLEXIA GLOBAL, (III) FORÇA GRAU IV NOS 4 MEMBROS E (IV) MOVIMENTOS REPETITIVOS DA CABEÇA - RÍTMICOS DE INÍCIO NA ADOLESCÊNCIA. RESULTADOS: PACIENTE FOI SUBMETIDO A UMA ABORDAGEM CIRÚRGICA POR VIA POSTERIOR, (GOEL E HARMS) PARA ESTABILIZAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ATLANTO-AXIAL (C1-C2) SENDO RESSECADO O ARCO POSTERIOR DO ATLAS. EM UM SEGMENTO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CINCO MESES APÓS A CIRURGIA, A MASSA RETRO-ODONTOIDE REDUZIU DE VOLUME, DEIXANDO DE APRESENTAR COMPRESSÃO DA MEDULA ESPINHAL NESSE NÍVEL. CONCLUSÕES: POR VÁRIOS ANOS, A REMOÇÃO DIRETA DA LESÃO POR VIA ANTERIOR OU LATERAL TEM SIDO DEFENDIDA COMO A MELHOR OPÇÃO CIRÚRGICA. NO ENTANTO, NA ÚLTIMA DÉCADA, A ABORDAGEM POSTERIOR DA JUNÇÃO CRÂNIO CERVICAL, COM A REALIZAÇÃO DA FIXAÇÃO C1? C2 E LAMINECTOMIA C1 SEM REMOÇÃO DO TECIDO RETRO-ODONTOIDE, DEMONSTROU SUA EFICÁCIA NA REDUÇÃO DO PANNUS RETRO-ODONTOIDE, BEM COMO NA OBTENÇÃO DE MELHORA DA MIELOPATIA.

38. AVALIAÇÃO DA PRESSÃO INTRACRANIANA EM SUÍNOS DURANTE CIRURGIA ENDOSCÓPICA DA COLUNA LOMBAR

MARCELO CAMPOS MORAES AMATO¹, VINICIUS MARQUES CARNEIRO¹, DENYLSO FERNANDES¹, RICARDO SANTOS DE OLIVEIRA¹

1. FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, DEPARTAMENTO DE NEUROCIRURGIA, RIBEIRÃO PRETO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A CIRURGIA ENDOSCÓPICA DA COLUNA VEM SENDO UTILIZADA PARA O TRATAMENTO DE DIVERSAS DOENÇAS DEGENERATIVAS DA COLUNA VERTEBRAL, TAIS COMO HÉRNIA DE DISCO LOMBAR, ESTENOSE DE CANAL LOMBAR, ESTENOSIS E HÉRNIAS DE DISCO CERVICAIS E TORÁCICAS. QUEIXAS COMO CEFALÉIA, CERVICALGIA, HIPOACUSIA, PARESTESIAS, ASSIM COMO RELATOS DE PERDAS VISUAIS, HEMORRAGIAS RETINIANAS, E CRISES EPILÉPTICAS, APESAR DE RARAS, PODEM ESTAR RELACIONADAS AO AUMENTO DA PRESSÃO INTRACRANIANA (PIC) SECUNDÁRIA À INFUSÃO CONTÍNUA DE SOLUÇÃO SALINA NO ESPAÇO EPIDURAL. NÃO EXISTE TRABALHO QUE MOSTRE QUAIS SÃO PARÂMETROS SEGUROS DA BOMBA DE INFUSÃO PARA QUE NÃO OCORRAM COMPLICAÇÃO DECORRENTES DE AUMENTO DA PRESSÃO EPIDURAL E CONSEQUENTEMENTE DA PIC. A COMPREENSÃO DA CORRELAÇÃO DA INFUSÃO DE SOLUÇÃO SALINA NAS CIRURGIAS ENDOSCÓPICAS DA COLUNA COM O POSSÍVEL AUMENTO DA PIC E, DE SUAS EVENTUAIS COMPLICAÇÕES, PODE MODIFICAR A FORMA COMO SE UTILIZA A IRRIGAÇÃO DE SOLUÇÃO SALINA, PROPICIANDO MAIOR SEGURANÇA PARA A REALIZAÇÃO DESTA MODERNA TÉCNICA CIRÚRGICA. O TRABALHO TEM COMO OBJETIVOS AVALIAR O COMPORTAMENTO DA PIC EM SUÍNOS, ATRAVÉS DE MONITOR INVASIVO DA PIC, DURANTE A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA ENDOSCÓPICA DA COLUNA LOMBAR INTERLAMINAR (CECL-I); CORRELACIONAR O COMPORTAMENTO DA PIC COM DIFERENTES PARÂMETROS DE PRESSÃO E FLUXO DE IRRIGAÇÃO DE SOLUÇÃO SALINA; AVALIAR O COMPORTAMENTO DA PIC DURANTE TESTES DE OCLUSÃO DA DRENAGEM DE SOLUÇÃO SALINA, SIMULANDO SITUAÇÕES EM QUE A SAÍDA DE SORO É OCLUÍDA PARA REALIZAÇÃO DE HEMOSTASIA OU PARA MELHORAR A VISÃO DO CIRURGIÃO; E, APÓS DUROTOMIA INTENCIONAL DURANTE CECL-I, SIMULANDO LACERAÇÃO DURAL ACIDENTAL. MATERIAIS E MÉTODOS: ESTUDO EXPERIMENTAL EM 5 PORCOS SUS SCROFA DOMESTICUS, FÊMEAS DE 4 MESES DE IDADE, ENTRE 53 E 57KG. OS PORCOS FORAM MONITORIZADOS, SUBMETIDOS À ANESTESIA ENDOVENOSA E POSICIONADOS EM DECÚBITO VENTRAL. FOI REALIZADA TREPANAÇÃO FRONTAL PARA INSTALAÇÃO DE CATETER PARA MONITORIZAÇÃO INVASIVA DA PIC. EM SEGUIDA, FOI REALIZADA INCISÃO E PUNÇÃO GUIADA POR RADIOSCOPIA ENTRE L4L5 PARA CECL-I, LAMINECTOMIA E FLAVECTOMIA ATÉ EXPOSIÇÃO DE SACO DURAL E RAÍZ DESCENDENTE INTRACANAL. FOI MANTIDA IRRIGAÇÃO CONTÍNUA DE SOLUÇÃO SALINA COM BOMBA AUTOMÁTICA EM PARÂMETROS PROGRESSIVAMENTE MAIORES EM PRESSÃO E VELOCIDADE DE FLUXO (CONFIGURAÇÃO A: 60MMHG E 350ML/MIN; B: 90MMHG E 350ML/MIN; C: 120MMHG E 700ML/MIN E D:150MMHG E 700ML/MIN), AS ALTERAÇÕES DA PIC E DOS PARÂMETROS VITAIS

FORAM DOCUMENTADOS. A SEGURANÇA PARA O PROCEDIMENTO FOI ESTABELECIDO COMO 1) AUSÊNCIA DE AUMENTO DA PIC PARA CIMA DE 20MMHG DE FORMA SUSTENTADA E AUSÊNCIA DE AUMENTO PARA CIMA DE 30MMHG MESMO QUE NÃO SUSTENTADA. DURANTE O USO DE CADA CONFIGURAÇÃO DA BOMBA DE IRRIGAÇÃO (A-D), AS DIFERENTES SITUAÇÕES FORAM DIVIDIDAS EM GRUPOS: DURA-MÁTER ÍNTEGRA E CANAL DE DRENAGEM ABERTO (A1-D1), DURA-MÁTER ÍNTEGRA E TESTE DE OCLUSÃO (A2-D2), COM LACERAÇÃO DURAL E CANAIS DE DRENAGEM ABERTOS (AX1-DX1), E COM LACERAÇÃO DURAL E TESTE DE OCLUSÃO (AX2-DX2). RESULTADOS: QUATRO PORCOS TIVERAM BOA EVOLUÇÃO CLÍNICA DURANTE A ANESTESIA E OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, NO ENTANTO, NECESSITARAM DE AJUSTES NAS DOSES DOS ANESTÉSICOS OU SUSPENSÃO DOS TESTES POR APRESENTAREM AUMENTO GRAVE DA PIC, ALTERAÇÃO GRAVE DE PARÂMETROS HEMODINÂMICOS OU DESCONFORTO DO ANIMAL. O PORCO 3 FALLECEU ANTES DA ABERTURA DO CANAL VERTEBRAL, POR COMPLICAÇÕES COM A VIA AÉREA, SENDO POSSÍVEL APENAS A DOCUMENTAÇÃO DA PIC BASAL, CUJA MÉDIA DE TODOS OS PORCOS FOI DE 8,1MMHG. FOI SEGURO TRABALHAR COM A BOMBA DE IRRIGAÇÃO EM TODAS AS CONFIGURAÇÕES COM A DURA-MÁTER ÍNTEGRA E COM CANAIS DE DRENAGEM ABERTOS (A1-D1), EXCETO EM UMA ÚNICA SITUAÇÃO NO INÍCIO DA CIRURGIA NO PORCO 1 COM D1, EM QUE O PORCO SE APRESENTAVA HIPERTENSO E POUCO SEDADO E HOUVE ELEVAÇÃO DA PIC A 73, 5MMHG. FOI POSSÍVEL TRABALHAR COM SEGURANÇA EM TODAS AS CONFIGURAÇÕES COM CANAIS ABERTOS MESMO COM LACERAÇÃO DURAL (AX1-DX1). OCLUSÕES TEMPORÁRIAS DO SISTEMA, MESMO QUE DE CURTA DURAÇÃO (A PARTIR DE 30 SEGUNDOS) CAUSARAM AUMENTO DA PIC, COM A DURA-MÁTER ÍNTEGRA OU COM LACERAÇÃO DURAL, EXCETO EM POUCAS SITUAÇÕES QUE PARECEM ESTAR RELACIONADAS COM CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E CONFORTO DO ANIMAL, PLANO ANESTÉSICO E ESTADO HEMODINÂMICO. CONCLUSÕES: DURANTE A CIRURGIA ENDOSCÓPICA DA COLUNA, A UTILIZAÇÃO DA IRRIGAÇÃO SALINA CONSTANTE CAUSANDO O AUMENTO DA PRESSÃO DENTRO DO CANAL VERTEBRAL PODE ELEVAR A PRESSÃO INTRACRANIANA A NÍVEIS CRÍTICOS. O SISTEMA DE IRRIGAÇÃO DURANTE A CIRURGIA ENDOSCÓPICA DA COLUNA É CONSIDERADO ABERTO, MAS PODE SER OCLUÍDO DURANTE ALGUMAS MANOBRAS PARA CONTROLAR SANGRAMENTO E MELHORAR A VISÃO DO CIRURGIÃO. O TRABALHO MOSTRA QUE, MANTENDO OS CANAIS DE DRENAGEM ABERTOS, COM CONDIÇÕES IDEAIS DE ANESTESIA E SEDAÇÃO, A PIC MANTÉM-SE EM NÍVEIS SEGUROS MESMO COM PARÂMETROS ALTOS DA BOMBA DE IRRIGAÇÃO (ATÉ 150MMHG E 700ML/MIN). OCLUSÕES DO SISTEMA DE DRENAGEM PODEM ELEVAR RAPIDAMENTE A PIC A NÍVEIS CRÍTICOS, SENDO AINDA MAIS GRAVE CONFORME ELEVA-SE OS PARÂMETROS DA BOMBA DE IRRIGAÇÃO OU SE O ANIMAL NÃO ESTIVER EM PLANO ANESTÉSICO IDEAL. LACERAÇÕES DURAIS PODEM OCORRER DE FORMA INADVERTIDA DURANTE A CIRURGIA ENDOSCÓPICA; FOI SEGURO UTILIZAR A IRRIGAÇÃO APESAR DA LACERAÇÃO DURAL DESDE QUE O SISTEMA FOSSE MANTIDO ABERTO.

39. A EFICÁCIA DO BLOQUEIO RADICULAR FORAMINAL NO ALÍVIO DA DOR CIÁTICA PELA HÉRNIA DISCAL LOMBAR

ÂNGELO SANTANA GUERRA¹, MATHEUS MORENO DE OLIVEIRA¹, ROSANA QUEIROZ COCCOLI¹, EDUARDO JOSÉ FERREIRA SALES¹, ANGELO AUGUSTO BONGIOLO GANEVO¹, MARCELLO OLIVEIRA BARBOSA¹

1. HOSPITAL DA REGIÃO LESTE (PARANOÁ), PARANOÁ, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A DOR CRÔNICA, PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA, PODE SER ASSOCIADA A TRAUMA OU DOENÇA E PERSISTIR APÓS A LESÃO INICIAL TER CICATRIZADO1. ESSA CONDIÇÃO GERA UMA CRESCENTE DEMANDA POR SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE, COM TRATAMENTOS PROLONGADOS E GERAÇÃO DE IMPACTO FINANCEIRO2. O ATUAL ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO ACARRETA UM AUMENTO DA PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS E DEGENERATIVAS E, DE MAIOR INCIDÊNCIA DE DOR E INCAPACIDADE. A DOR CRÔNICA É A PRINCIPAL QUEIXA, COM INTERFERÊNCIA DE MODO ACENTUADO NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES. A DOR LOM-

BAR, UM DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MAIS COMUNS EM ADULTOS, É A DOR E DESCONFORTO LOCALIZADOS ABAIXO DO REBORDO COSTAL E ACIMA DA LINHA GLÚTEA SUPERIOR, COM OU SEM DOR REFERIDA NO MEMBRO INFERIOR, SENDO CRÔNICA SE PERSISTIR POR MAIS DE TRÊS MESES¹. DENTRE AS ALTERAÇÕES DEGENERATIVAS DA COLUNA LOMBAR, A HÉRNIA DISCAL LOMBAR É O PRINCIPAL DIAGNÓSTICO, SENDO UMA DAS PRINCIPAIS CONDIÇÕES QUE GERAM DOR CRÔNICA; UMA DAS MAIORES CAUSAS DE AUXÍLIO-DOENÇA NO BRASIL; DAS CAUSAS DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ E DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA, SEGUNDO DADOS DO INSS DE 2019-6. SUA ETIOLOGIA É MULTIFATORIAL, ESTANDO RELACIONADA COM PROFISÕES COM ESFORÇO FÍSICO E COM ALTAS CARGAS HORÁRIAS DE TRABALHO⁷, COM GRANDE OCORRÊNCIA ENTRE A TERCEIRA E A QUINTA DÉCADAS DE VIDA, SENDO A MÉDIA DE IDADE DO PRIMEIRO EPISÓDIO AGUDO POR VOLTA DE 37 ANOS. ESTIMA-SE QUE 2% A 3% DA POPULAÇÃO TENHAM DIAGNÓSTICO DE HÉRNIA DE DISCO LOMBAR, COM PREVALÊNCIA EM PESSOAS ACIMA DE 35 ANOS, DE 4,8% EM HOMENS E 2,5% EM MULHERES. A HÉRNIA DISCAL É UMA SITUAÇÃO NA QUAL OCORRE O DESLOCAMENTO DO NÚCLEO PULPOSO, CONTEÚDO DO DISCO INTERVERTEBRAL, DEVIDO A UM ROMPIMENTO DO ANEL FIBROSO, GERALMENTE EM SUA REGIÃO POSTEROLATERAL. SUAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DEPENDERÃO DO VOLUME DE MATERIAL HERNIADO, DEVIDO À COMPRESSÃO E IRRITAÇÃO DAS RAÍZES LOMBARES E DO SACO DURAL. COMO SINTOMATOLOGIA TEM-SE UMA LOMBALGIA INICIAL, PODENDO EVOLUIR PARA UMA DOR RADICULAR OU LOMBOCIATALGIA, QUE ACOMPANHA O DERMÁTOMO CORRESPONDENTE AO NÍVEL COMPROMETIDO, IRRADIANDO PARA AS NÁDEGAS OU PARTE POSTERIOR DA COXA E MUDA COM O MOVIMENTO DA COLUNA LOMBAR, E CIÁTICA PURA. UM EXAME FÍSICO ADEQUADO É ESSENCIAL PARA O DIAGNÓSTICO E ATRAVÉS DE CUIDADOSA AVALIAÇÃO DOS DERMÁTOMOS E MIÓTOMOS DETERMINAR O ESPAÇO VERTEBRAL EM QUE ESTÁ LOCALIZADA A HÉRNIA. ALGUNS TESTES ESPECÍFICOS AJUDAM NO DIAGNÓSTICO, COMO O SINAL DE LASÈGUE E EXTENSÃO DO QUADRIL, QUANDO REPRODUZEM OU AUMENTAM O QUADRO DOLOROSO. EXAMES DE IMAGEM TAMBÉM SÃO FUNDAMENTAIS PARA O DIAGNÓSTICO, LOCALIZAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E PROGNÓSTICO DA DOENÇA, INCLUINDO A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (RM), PADRÃO-OURO PARA O DIAGNÓSTICO. COM RELAÇÃO À TERAPÊUTICA, PRIORIZAM-SE OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS MINIMAMENTE INVASIVOS, DEVIDO A MENOR AGRESSÃO TECIDUAL GERADA, O MENOR TEMPO DE INTERNAÇÃO, OS MENORES RISCOS ANESTÉSICOS E O RETORNO PRECOCE ÀS ATIVIDADES LABORAIS^{4,12}. OS BLOQUEIOS TRANSFORAMINAL E EPIDURAL GUIADOS POR RADIOSCOPIA SÃO TÉCNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS NO TRATAMENTO DA HÉRNIA DE DISCO LOMBAR. ESTE ESTUDO TEVE COMO OBJETIVO AVALIAR O PERFIL CLÍNICO, A MELHORA DA DOR E A NECESSIDADE DE INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS EM PACIENTES SUBMETIDOS A ESSAS TÉCNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS, ESPECIALMENTE O BLOQUEIO TRANSFORAMINAL COM USO DE CORTICOSTEROIDES. MATERIAIS E MÉTODOS: DESIGN DO ESTUDO TRATA-SE DE UM ESTUDO PROSPECTIVO, RANDOMIZADO E DUPLO-CEGO EM QUE FORAM AVALIADOS 45 PACIENTES COM DOR RADICULAR UNILATERAL NOS MEMBROS INFERIORES, NO PERÍODO DE NOVEMBRO DE 2018 A ABRIL DE 2020, COM EVIDÊNCIA DE HÉRNIA DISCAL LOMBAR EM APENAS UM SEGMENTO. ASPECTOS ÉTICOS TODOS OS PACIENTES ASSINARAM O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO, CONTENDO OS RISCOS E BENEFÍCIOS DA TERAPIA INSTITUÍDA. COM LANÇAMENTO DE MOEDAS OS PACIENTES FORAM ALOCADOS EM DOIS GRUPOS: "CARA" PARA OS PACIENTES DO GRUPO 1 (INTERVENÇÃO) E "COROA" PARA GRUPO 2 (CONTROLE). O TRABALHO FOI APROVADO PELO COMITÊ NACIONAL DE ÉTICA E PESQUISA (CONEP) SOB O NÚMERO 3.104.615/18 DISPONÍVEL NA PLATAFORMA BRASIL. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PRESENÇA DE OUTRAS ENFERMIDADES COM APRESENTAÇÃO ÁLGICA, COMO A BURSITE TROCANTÉRICA, E/OU TENDINITE GLÚTEAS, COXARTROSE, PACIENTES ONCOLÓGICOS COM TUMORAÇÃO EM REGIÃO LOMBAR E/OU INFECÇÃO COM COMPRESSÃO RADICULAR RELACIONADA E LITÍASE RENAL DOCUMENTADA. PACIENTES QUE FAZIAM USO DE ANTICOAGULANTES E ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS; OS QUE JÁ TENHAM REALIZADO BLOQUEIO FORAMINAL E/OU EPIDURAL NOS

ÚLTIMOS TRÊS ANOS E JÁ SUBMETIDOS A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DISCAL PRÉVIO COMO MICRODISCECTOMIA, DISCECTOMIA ABERTA OU ARTRODESE. TÉCNICA REALIZADA O PACIENTE ERA POSICIONADO EM DECÚBITO VENTRAL HORIZONTAL COM APOIO (TRAVESSEIRO) SOB ABDOME, QUADRIS E JOELHOS SEMI-FLETIDOS E APROXIMADAMENTE 30 GRAUS E COM PARÂMETROS VITAIS MONITORIZADOS. USAVA-SE UM INSTRUMENTAL CIRÚRGICO APOIADO SOB A REGIÃO LOMBAR DO PACIENTE PARA ESTABELECEER O ALVO EXATO E, A PONTA DO INSTRUMENTO ERA MOBILIZADA ATÉ COINCIDIR COM O ALVO DA IMAGEM CORRESPONDENTE À REGIÃO INFERIOR DO PEDÍCULO, COM LEVE DESVIO MEDIAL. UMA INFILTRAÇÃO LOCAL DO ALVO COM LIDOCAÍNA 2% ERA REALIZADA. A AGULHA ESPINHAL 22 GAUGES COM 3,5 POLEGADAS COM PONTA DE QUINCKE ERA INTRODUZIDA SEGUNDO A TÉCNICA COAXIAL, E OBSERVADA COMO UM ÚNICO PONTO AO SEGUIR O MESMO TRAJETO NA INCIDÊNCIA NA RADIOSCOPIA. À MEDIDA QUE A AGULHA ERA INTRODUZIDA A POSIÇÃO DA RADIOSCOPIA ERA ALTERADA PARA FORNECER A INCIDÊNCIA DO PERFIL ABSOLUTO PARA QUE A PROFUNDIDADE DA AGULHA PUDESSE SER CONTROLADA. O CONTRASTE ERA INJETADO SOB VISÃO CONTÍNUA DA RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAR A DISTRIBUIÇÃO DO CONTRASTE NO ESPAÇO EPIDURAL E ASSEGURAR A INFILTRAÇÃO ADEQUADA NO MEIO EXTRAVASCULAR. AO OBTER UMA DISTRIBUIÇÃO ADEQUADA E BOA DELIMITAÇÃO ANATÔMICA PELO CONTRASTE, INJETAVA-SE A SOLUÇÃO. AO FINAL, OS PACIENTES ERAM ENCAMINHADOS PARA A RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA, PARA OBSERVAÇÃO POR 30 MINUTOS. NENHUMA MEDICAÇÃO ERA PRESCRITA APÓS O PROCEDIMENTO. NO GRUPO INTERVENÇÃO, AS SOLUÇÕES UTILIZADAS PARA OS BLOQUEIOS ERAM COMPOSTAS DE 01 ML DO ANESTÉSICO LOCAL BUPIVACAÍNA A 0,5%, MISTURADO A 02 ML DE DEXAMETASONA 10MG/2,5ML E 01 ML DE CLONIDINA 150 MCG/ML. NOS PACIENTES DO CONTROLE, OS BLOQUEIOS FORAM REALIZADOS COM 03 ML DE ÁGUA DESTILADA E 01 ML DE BUPIVACAÍNA A 0,5%. FOI APLICADO UM QUESTIONÁRIO SIMPLIFICADO DE INCAPACIDADE DE OSWESTRY, NO PRÉ-BLOQUEIO (Q1), UMA SEMANA APÓS O BLOQUEIO (Q2) E TRÊS SEMANAS APÓS O BLOQUEIO (Q3), COM 10 PERGUNTAS GRADUADAS (0 A 5 PONTOS), SOBRE A INTENSIDADE DA DOR, CUIDADOS PESSOAIS, CAPACIDADE DE CARREGAR CARGA, DE SE LOCOMOVER, DE MANTER-SE EM UMA POSIÇÃO POR UM TEMPO DETERMINADO, ALTERAÇÕES DO SONO, VIDA SEXUAL, SOCIAL E INCAPACIDADE DE REALIZAR VIAGENS. QUANTO MAIS PRÓXIMO DE 100% MAIOR A INCAPACIDADE DO PACIENTE, E QUANTO MAIS PRÓXIMA DE 0% MENOR A INCAPACIDADE DO PACIENTE. RESULTADOS: DESIGN DO ESTUDO TRATA-SE DE UM ESTUDO PROSPECTIVO, RANDOMIZADO E DUPLO-CEGO EM QUE FORAM AVALIADOS 45 PACIENTES COM DOR RADICULAR UNILATERAL NOS MEMBROS INFERIORES, NO PERÍODO DE NOVEMBRO DE 2018 A ABRIL DE 2020, COM EVIDÊNCIA DE HÉRNIA DISCAL LOMBAR EM APENAS UM SEGMENTO. ASPECTOS ÉTICOS TODOS OS PACIENTES ASSINARAM O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO, CONTENDO OS RISCOS E BENEFÍCIOS DA TERAPIA INSTITUÍDA. COM LANÇAMENTO DE MOEDAS OS PACIENTES FORAM ALOCADOS EM DOIS GRUPOS: "CARA" PARA OS PACIENTES DO GRUPO 1 (INTERVENÇÃO) E "COROA" PARA GRUPO 2 (CONTROLE). O TRABALHO FOI APROVADO PELO COMITÊ NACIONAL DE ÉTICA E PESQUISA (CONEP) SOB O NÚMERO 3.104.615/18 DISPONÍVEL NA PLATAFORMA BRASIL. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PRESENÇA DE OUTRAS ENFERMIDADES COM APRESENTAÇÃO ÁLGICA, COMO A BURSITE TROCANTÉRICA, E/OU TENDINITE GLÚTEAS, COXARTROSE, PACIENTES ONCOLÓGICOS COM TUMORAÇÃO EM REGIÃO LOMBAR E/OU INFECÇÃO COM COMPRESSÃO RADICULAR RELACIONADA E LITÍASE RENAL DOCUMENTADA. PACIENTES QUE FAZIAM USO DE ANTICOAGULANTES E ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS; OS QUE JÁ TENHAM REALIZADO BLOQUEIO FORAMINAL E/OU EPIDURAL NOS

O ALVO EXATO E, A PONTA DO INSTRUMENTO ERA MOBILIZADA ATÉ COINCIDIR COM O ALVO DA IMAGEM CORRESPONDENTE À REGIÃO INFERIOR DO PEDÍCULO, COM LEVE DESVIO MEDIAL. UMA INFILTRAÇÃO LOCAL DO ALVO COM LIDOCAÍNA 2% ERA REALIZADA. A AGULHA ESPINHAL 22 GAUGES COM 3,5 POLEGADAS COM PONTA DE QUINCKE ERA INTRODUZIDA SEGUNDO A TÉCNICA COAXIAL, E OBSERVADA COMO UM ÚNICO PONTO AO SEGUIR O MESMO TRAJETO NA INCIDÊNCIA NA RADIOSCOPIA. À MEDIDA QUE A AGULHA ERA INTRODUZIDA A POSIÇÃO DA RADIOSCOPIA ERA ALTERADA PARA FORNECER A INCIDÊNCIA DO PERFIL ABSOLUTO PARA QUE A PROFUNDIDADE DA AGULHA PUDESSE SER CONTROLADA. O CONTRASTE ERA INJETADO SOB VISÃO CONTÍNUA DA RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAR A DISTRIBUIÇÃO DO CONTRASTE NO ESPAÇO EPIDURAL E ASSEGURAR A INFILTRAÇÃO ADEQUADA NO MEIO EXTRAVASCULAR. AO OBTIVER UMA DISTRIBUIÇÃO ADEQUADA E BOA DELIMITAÇÃO ANATÔMICA PELO CONTRASTE, INJETAVA-SE A SOLUÇÃO. AO FINAL, OS PACIENTES ERAM ENCAMINHADOS PARA A RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA, PARA OBSERVAÇÃO POR 30 MINUTOS. NENHUMA MEDICAÇÃO ERA PRESCRITA APÓS O PROCEDIMENTO. NO GRUPO INTERVENÇÃO, AS SOLUÇÕES UTILIZADAS PARA OS BLOQUEIOS ERAM COMPOSTAS DE 01 ML DO ANESTÉSICO LOCAL BUPIVACAÍNA A 0,5%, MISTURADO A 02 ML DE DEXAMETASONA 10MG/2,5ML E 01 ML DE CLONIDINA 150 MCG/ML. NOS PACIENTES DO CONTROLE, OS BLOQUEIOS FORAM REALIZADOS COM 03 ML DE ÁGUA DESTILADA E 01 ML DE BUPIVACAÍNA A 0,5%. FOI APLICADO UM QUESTIONÁRIO SIMPLIFICADO DE INCAPACIDADE DE OSWESTRY, NO PRÉ-BLOQUEIO (Q1), UMA SEMANA APÓS O BLOQUEIO (Q2) E TRÊS SEMANAS APÓS O BLOQUEIO (Q3), COM 10 PERGUNTAS GRADUADAS (0 A 5 PONTOS), SOBRE A INTENSIDADE DA DOR, CUIDADOS PESSOAIS, CAPACIDADE DE CARRREGAR CARGA, DE SE LOCOMOVER, DE MANTER-SE EM UMA POSIÇÃO POR UM TEMPO DETERMINADO, ALTERAÇÕES DO SONO, VIDA SEXUAL, SOCIAL E INCAPACIDADE DE REALIZAR VIAGENS. QUANTO MAIS PRÓXIMO DE 100% MAIOR A INCAPACIDADE DO PACIENTE, E QUANTO MAIS PRÓXIMA DE 0% MENOR A INCAPACIDADE DO PACIENTE. CONCLUSÕES: A HÉRNIA DISCAL LOMBAR É UMA PATOLOGIA MAIS PREVALENTE EM HOMENS E OCORRE PRINCIPALMENTE ENTRE A TERCEIRA E A QUINTA DÉCADAS DE VIDA. NO PRESENTE ESTUDO OBSERVOU-SE IDADE MÉDIA DE 50,23 ANOS, E AS MULHERES (53,3%) COM A MAIORIA DOS ACOMETIDOS POR HÉRNIA DISCAL LOMBAR. O PARÂMETRO IDADE CONVERGE COM O QUE HÁ DESCRITO EM LITERATURA, NO ENTANTO NO TRABALHO FOI EVIDENCIADO UMA MAIORIA DE MULHERES NA AMOSTRA, PODENDO SUGERIR UM PERFIL POPULACIONAL PARA O ESPAÇO AMOSTRAL. EM ESTUDO DE SOUZA ET AL.13 COM 61 PACIENTES FOI EVIDENCIADO UMA MAIORIA DE MULHERES (55,7%) NA REALIZAÇÃO DO BLOQUEIO TRANSFORAMINAL. NO TRABALHO DE CARDOSO ET AL. FOI OBSERVADO, COMO GRUPO DE MAIOR PREVALÊNCIA DE HÉRNIA DE DISCO, O GRUPO CORRESPONDENTE A SERVIÇOS DOMÉSTICOS, ASSIM COMO ENCONTRADO EM NOSSA PESQUISA. NO ENTANTO, O GRUPO CONSTRUÇÃO CIVIL NÃO MOSTROU RELAÇÃO COM O DIAGNÓSTICO DE HÉRNIA DE DISCO NESSE TRABALHO, CONTUDO, DALTABAN ET AL.15, COLOCAM TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO CIVIL COMO UMA DAS PRINCIPAIS OCUPAÇÕES RELACIONADAS COM A HÉRNIA DISCAL LOMBAR, CONVERGINDO COM O EXPOSTO NA NOSSA AMOSTRA. A LOCALIZAÇÃO MAIS COMUM ENCONTRADA PARA A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO L5-S1 (53,3%) CONVERGE COM DADOS COLETADOS POR GARCIA ET AL. VÊ-SE A IMPORTÂNCIA DA QUESTÃO OCUPACIONAL LIGADA ÀS HÉRNIAS DISCAIS LOMBARES, E ASSIM, INDICAM QUE MAIS DETALHES SOBRE AS ATIVIDADES LABORAIS DESSES PACIENTES DEVEM SER ABORDADOS, COMO POR EXEMPLO, A CARGA HORÁRIA DE TRABALHO. NESTE ESTUDO FOI EVIDENCIADO QUE PACIENTES SUBMETIDOS A BLOQUEIO TRANSFORAMINAL COM INJEÇÃO DE CORTICOIDE E ANESTÉSICO APRESENTARAM ALÍVIO IMEDIATO, MAS QUE APÓS TRÊS SEMANAS, ESSE EFEITO NÃO PERDUROU DE FORMA TÃO SATISFATÓRIA, COM O PACIENTE NÃO DEMONSTRANDO MELHORA PERCEPTÍVEL. JÁ NO GRUPO CONTROLE, HOUVE DISCRETO ALÍVIO ALGICO APÓS UMA SEMANA QUE NÃO PERDUROU DE FORMA SATISFATÓRIA APÓS 3 SEMANAS. A COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DOS DOIS GRUPOS EVIDENCIA QUE NÃO OCORREU RESPOSTA SATISFATÓRIA EM NENHUM GRUPO. EM ESTUDO DE SOUZA ET AL.13, FORAM REALIZADOS BLOQUEIOS FORAMINAIS EM 61 PACIENTES SEN-

DO 32 PACIENTES COM ANESTÉSICO E CORTICOIDE E 29 APENAS COM SOLUÇÃO SALINA. NESSE ESTUDO OBSERVOU-SE MELHORA ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA DO GRUPO QUE RECEBEU A MEDICAÇÃO EM RELAÇÃO AO GRUPO CONTROLE APÓS UMA SEMANA PELA ESCALA DE DOR E APÓS 3 MESES QUANDO UTILIZADO O QUESTIONÁRIO DE OSWESTRY. AO COMPARARMOS NOSSO ESTUDO, NO GRUPO CONTROLE FOI UTILIZADO ANESTÉSICO COM ÁGUA DESTILADA E OS PACIENTES OBTIVERAM RESPOSTA SEMELHANTE AO GRUPO QUE RECEBEU CORTICOIDE E, PODEMOS INFERIR QUE ESSA MELHORA, NA PRIMEIRA SEMANA, PROVAVELMENTE OCORRE PELO EFEITO DO ANESTÉSICO. A MELHORA OBSERVADA APÓS 3 MESES NO QUESTIONÁRIO DE OSWESTRY INDICA QUE O PERÍODO DE SEGUIMENTO DA PESQUISA DEVE SER ESTENDIDO A PELO MENOS TRÊS MESES PARA QUE TENHAMOS RESULTADOS MAIS PRECISOS E COMPARÁVEIS. MANCHIKANTI ET AL.16 EM ENSAIO CLÍNICO DUPLO-CEGO ENVOLVENDO 120 PACIENTES COM CIÁTICA UNILATERAL REALIZOU INFILTRAÇÃO TRANSFORAMINAL COM CORTICOIDE E ANESTÉSICO EM UM DOS GRUPOS E ANESTÉSICO E SOLUÇÃO SALINA NO OUTRO GRUPO. AMBOS OS GRUPOS OBTIVERAM MELHORA EXPRESSIVA A CURTO E LONGO PRAZO EM RELAÇÃO AO CONTROLE. ESSE RESULTADO QUANDO COMPARADO AO DO NOSSO TRABALHO, TAMBÉM FAVORECE A POSSIBILIDADE DE QUE A MELHORA NAS PRIMEIRAS SEMANAS ESTÁ RELACIONADA AO USO DE ANESTÉSICO NA SOLUÇÃO E NÃO DO CORTICOIDE. OS RESULTADOS DESSE ESTUDO SUGEREM UM EFEITO POSITIVO APÓS UMA SEMANA DO BLOQUEIO FORAMINAL TANTO COM A SOLUÇÃO CONTENDO CORTICOIDE E ANESTÉSICO, QUANTO COM A SOLUÇÃO CONTENDO ÁGUA DESTILADA E ANESTÉSICO. ENTRETANTO, APÓS TRÊS SEMANAS DO PROCEDIMENTO, A SOLUÇÃO CONTENDO CORTICOIDE E ANESTÉSICO NÃO APRESENTOU MELHORA EFETIVA, AO PASSO QUE OS PACIENTES BLOQUEADOS COM ÁGUA DESTILADA E ANESTÉSICO CONTINUARAM A APRESENTAR ALGUMA MELHORA. É IMPORTANTE RESSALTAR QUE O QUADRO CLÍNICO DA DOR EVOCADA PELA COMPRESSÃO NERVOSA POSSUI CARÁTER AUTOLIMITADO, PODENDO INFLUENCIAR NAS VARIAÇÕES SINTOMÁTICAS AO LONGO DO TEMPO.

40. ADOLESCENT IDIOPATHIC SCOLIOSIS AND SIMILAR CONDITIONS: NEW TOOL TO MEASURE THE CORONAL PLANE

ANDRÉ DE SÁ¹

1. SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, MG, BRASIL

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: CRIAR UM MÉTODO PARA MENSURAR O PLANO CORONAL GLOBAL DA COLUNA VERTEBRAL, DENOMINADO ÂNGULO SACRO CLAVICULAR (ASC). MATERIAIS E MÉTODOS: EXECUTA-SE UMA LINHA NA BASE DO SACRO, FAZ-SE UMA SEGUNDA LINHA CENTRAL PERPENDICULAR A PRIMEIRA NA EXTENSÃO PROXIMAL DA COLUNA. EXECUTA-SE UMA TERCEIRA LINHA PASSANDO NOS PONTOS DE ENCONTRO SUPERIORES DAS CLAVÍCULAS COM AS DUAS SEGUNDAS COSTELAS FORMANDO DOIS ÂNGULOS, MENSURA-SE O MAIOR. PORTANTO, OS GRAUS EXCEDENTES A 90° SÃO OS VALORES DO ASC. TESTOU-SE ESSA FERRAMENTA ESTUDANDO, RETROSPECTIVAMENTE, 46 PACIENTES PORTADORES DE ESCOLIOSE IDIOPÁTICA, QUE SE SUBMETERAM ÀS FIXAÇÕES CURTAS, APICAIS, ÚNICAS OU MÚLTIPLAS. USOU-SE INSTRUMENTAL TERCEIRA GERAÇÃO, AVALIANDO O ASC NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO, OS QUAIS FORAM COMPARADOS COM OUTRO GRUPO DE 46 PACIENTES, ABORDADOS COM A TÉCNICA TRADICIONAL. RESULTADOS: OS PACIENTES PERTENCENTES AO MÉTODO DE FIXAÇÃO TRADICIONAL APRESENTARAM UMA MEDIANA DE 3,0° REFERENTE AO ASC NO PRÉ-OPERATÓRIO. NO PÓS-OPERATÓRIO, A MEDIANA MANTEVE-SE EM 3°, PORTANTO HOUVE UMA REDUÇÃO DE 0%. OS PACIENTES PERTENCENTES AO MÉTODO DE FIXAÇÃO CURTA, APICAL, ÚNICA OU MÚLTIPLA APRESENTARAM NO PRÉ-OPERATÓRIO A MEDIANA DE 6°, NO PÓS-OPERATÓRIO DE 1°, REDUÇÃO DE APROXIMADAMENTE 83% NO PÓS-OPERATÓRIO. CONCLUSÕES: O GRUPO ABORDADO COM INSTRUMENTAÇÃO CURTA, APICAL, ÚNICA OU MÚLTIPLA, APRESENTOU UMA REDUÇÃO DE APROXIMADAMENTE 83% NO PÓS-OPERATÓRIO EM RELAÇÃO AO PRÉ-OPERATÓRIO. A DIFERENÇA ENTRE O PRÉ E O PÓS-OPERATÓRIO FORAM CONSIDERADA ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA.

41. RELATO DE CASO: CORDOMA SACRO-COCCÍGEO

INGRID CAMPOS¹, JERONIMO BUZETTI MILANO¹, RICARDO RAMINA¹, ISABELLA CARNEIRO PIRES¹

1. INSTITUTO DE NEUROLOGIA DE CURITIBA, CURITIBA, PARANA, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: O CORDOMA É UM TUMOR RARO, COM INCIDÊNCIA MENOR QUE 60 CASOS/100.000, ORIGINADO DO REMANESCENTE DE NOTOCORDA, ESTRUTURA DO PERÍODO EMBRIONÁRIO, A QUAL NORMALMENTE SE DIFERENCIA NO NÚCLEO PULPOSO DOS DISCOS INTERVERTEBRAIS (1). OS LOCAIS DE INCIDÊNCIA SÃO PRINCIPALMENTE NOS DOIS EXTREMOS DA MEDULA, 35% EM REGIÃO ESFENOCCIPITAL (CLIVUS) E 53% EM REGIÃO SACROCOCCÍGEO (2). METÁSTASES SÃO RARAS, PORÉM, O NÍVEL DE RECORRÊNCIA APÓS CIRURGIA DE RESSECÇÃO É CERCA DE 85% E APRESENTA COMPORTAMENTO AGRESSIVO, PRINCIPALMENTE NAS RECIDIVAS, DEVIDO A DIFICULDADE DE REMOÇÃO TOTAL DO MESMO. RELATAMOS UM CASO DE CORDOMA SACRO-COCCÍGEO COM RECIDIVA LOCAL. **MATERIAIS E MÉTODOS:** PACIENTE FEMININA, 65 ANOS, COM ANTECEDENTES DE OSTEOPOROSE EM USO DE VITAMINA D 7000UI POR SEMANA, SEM DEMAIS COMORBIDADES, PROCURA ATENDIMENTO MÉDICO VIA AMBULATORIAL DEVIDO A QUEIXA DE LOMBALGIA E PARESTESIA EM GLÚTEO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM INÍCIO HÁ 10 MESES DA DATA DA CONSULTA, JUNHO DE 2020. NA OCASIÃO, NEGOU INCONTINÊNCIA URINÁRIA OU FECAL. APRESENTAVA-SE LÚCIDA E ORIENTADA NO TEMPO E ESPAÇO, PONTUANDO 15 NA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ECG), SEM ALTERAÇÕES DE SENSIBILIDADE OU FORÇA, PRESENÇA DE HIPERREFLEXIA PATELAR BILATERAL, REFLEXO CUTÂNEO PLANTAR INDIFERENTE, DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO PIRIFORME À ESQUERDA, TOQUE RETAL E MARCHA SEM ALTERAÇÕES. REALIZADA INVESTIGAÇÃO COM RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBOSSACRA QUE EVIDENCIOU LESÃO PERISSACRAL COM CAPTAÇÃO DE CONTRASTE PARAMAGNÉTICO HETEROGENEAMENTE, HIPERSINAL EM T2, SEM INVASÃO DE ESTRUTURAS ADJACENTES, PORÉM EM CONTATO ÍNTIMO COM O RETO E EM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA APRESENTOU SINAIS DE EROSIÃO ÓSSEA ASSOCIADA A LESÃO. EM JUNHO DE 2020 BIÓPSIA GUIADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM PAINEL IMUNOHISTOQUÍMICO CONFIRMOU A SUSPEITA DE CORDOMA SACROCOCCÍGEO, SENDO POSITIVO PARA CKAE1/AE3, EMA, S100 E NEGATIVO PARA ACTINA DE MÚSCULO LISO BEM COMO P63. PACIENTE FOI SUBMETIDA A RESSECÇÃO EM BLOCO DE LESÃO EXPANSIVA SACROCOCCÍGEO, SEM VIOLAÇÃO DA CÁPSULA TUMORAL E COM MARGENS LIVRES, NO MÊS SEGUINTE À PRIMEIRA CONSULTA. DURANTE PROCEDIMENTO HOUVE ALTERAÇÃO TRANSITÓRIA DO POTENCIAL ELETROFISIOLÓGICO DO ESFÍNCTER ANAL, PORÉM COM PRESERVAÇÃO ANATOMOFUNCIONAL AO FINAL DA CIRURGIA. APÓS PROCEDIMENTO, PACIENTE FOI ENCAMINHADA AO QUARTO, LÚCIDA E ORIENTADA NO TEMPO E ESPAÇO, COM BOA RECUPERAÇÃO PÓS OPERATÓRIA, QUEIXANDO-SE APENAS DE OBSTIPAÇÃO INTÉSTINAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS, NÃO NECESSITANDO DE MEDICAÇÃO PARA TAL. EVOLUIU COM CONTROLE ESFÍNCTERIANO PRESERVADO E LEVE HIPOESTESIA EM GLÚTEO. A PACIENTE OBTVE ALTA HOSPITALAR NO 2º PÓS OPERATÓRIO E FOI ENCAMINHADA PARA RETORNO AMBULATORIAL COM RNM DE CONTROLE APÓS 3 MESES DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, A QUAL NÃO APRESENTOU EM LAUDO LESÕES NEOPLÁSICAS RESIDUAIS PÓS OPERATÓRIAS. APÓS DOIS ANOS DA CIRURGIA PACIENTE RETORNA COM RECIDIVA DA LESÃO. **RESULTADOS:** O CORDOMA É UM TUMOR RARO, COM INCIDÊNCIA MENOR QUE 60 CASOS/100.000, ORIGINADO DO REMANESCENTE DE NOTOCORDA, ESTRUTURA DO PERÍODO EMBRIONÁRIO, A QUAL NORMALMENTE SE DIFERENCIA NO NÚCLEO PULPOSO DOS DISCOS INTERVERTEBRAIS (1). OS LOCAIS DE INCIDÊNCIA SÃO PRINCIPALMENTE NOS DOIS EXTREMOS DA MEDULA, 35% EM REGIÃO ESFENOCCIPITAL (CLIVUS) E 53% EM REGIÃO SACROCOCCÍGEO (2), SENDO ESSE ÚLTIMO O LOCAL DA LESÃO APRESENTADA PELA PACIENTE EM QUESTÃO. METÁSTASES SÃO RARAS, PORÉM, O NÍVEL DE RECORRÊNCIA APÓS CIRURGIA DE RESSECÇÃO É CERCA DE 85% E APRESENTA COMPORTAMENTO AGRESSIVO, PRINCIPALMENTE NAS RECIDIVAS,

DEVIDO A DIFICULDADE DE REMOÇÃO TOTAL DO MESMO. NO CASO APRESENTADO ACIMA, A RESSECÇÃO FOI PARCIAL DE S3 E TOTAL DAS DEMAIS PEÇAS SACRAIS ABAIXO DESSE NÍVEL. EM RELAÇÃO A PREDOMINÂNCIA DE SEXO, OS CORDOMAS SACROCOCCÍGEOS SÃO MAIS PREVALENTE NO SEXO MASCULINO E EM PACIENTES MAIS IDOSOS, E SÃO RESPONSÁVEIS POR MAIS DE 50% DOS TUMORES ÓSSEOS PRIMÁRIOS DO SACRO (3), EPIDEMIOLOGIA DIFERENTE EM RELAÇÃO AO SEXO E IDADE DA PACIENTE. A SINTOMATOLOGIA DO CASO FOI PARCIALMENTE COMPATÍVEL COM A APRESENTADA EM CORDOMAS DA REGIÃO: DOR COM IRRADIAÇÃO, DISTÚRBIOS DE ESFÍNCTER URINÁRIO E ANAL OU SINTOMAS DE COMPRESSÃO DAS RAÍZES NERVOSAS. QUANTO ÀS DIMENSÕES, OS CORDOMAS PODEM SE APRESENTAR DE GRANDES DIMENSÕES E NESSAS SITUAÇÕES, AO EXAME RETAL PODE SER PALPÁVEL UMA MASSA FIXA ENTRE O RETO E O SACRO. AO EXAME DE IMAGEM NA NEUROINVESTIGAÇÃO, OS EXAMES DE MAIOR ACURÁCIA SOLICITADOS SÃO TOMOGRAFIA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, SENDO POSSÍVEL VISUALIZAR AS POSSÍVEIS ALTERAÇÕES COMPATÍVEIS COM CORDOMA, COMO CORPOS VERTEBRAIS SACRAIS COM DESTRUÇÃO EM VÁRIOS SEGMENTOS, BEM COMO UMA MASSA COMPATÍVEL COM TECIDO MOLE E PONTOS DE CALCIFICAÇÃO EM SEU INTERIOR. A INVESTIGAÇÃO REALIZADA PARA A PACIENTE FOI COM RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE REGIÃO LOMBO-SACRA, SENDO EVIDENCIADA UMA MASSA EM REGIÃO SACRAL INFERIOR, ACOMETENDO NÍVEL DE S3 A S5, SEM INVASÃO DE RETO. O TRATAMENTO DE ELEIÇÃO É A CIRURGIA EM BLOCO PARA REMOÇÃO DA LESÃO, COM OBJETIVO DE MARGENS LIVRES, PODENDO SER FEITA RADIOTERAPIA PÓS OPERATÓRIA APESAR DO TRATAMENTO ADJUVANTE NÃO DIMINUIR RECORRÊNCIA DO TUMOR. (1) O TRATAMENTO REALIZADO PARA PACIENTE DO CASO FOI A RESSECÇÃO EM BLOCO, NÃO SENDO REALIZADO RADIOTERAPIA OU QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE. QUANTO À TÉCNICA CIRÚRGICA, A VIA DE ACESSO POSTERIOR É A MAIS INDICADA PARA LESÕES QUE ACOMETEM ABAIXO DO TERCEIRO SEGMENTO DO SACRO, COMO NO RELATO DE CASO. CASO HAJA INVASÃO DO RETO, É NECESSÁRIO RESSECÇÃO INTÉSTINAL E CONFECÇÃO DE COLOSTOMIA (1) E AVALIAÇÃO POSTERIOR DE POSSÍVEL RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTÉSTINAL. OS EFEITOS ADVERSOS DA SACRECTOMIA SÃO LESÕES INADVERTIDAS DE RAÍZES NERVOSAS CAUSANDO COMPROMETIMENTO DE CONTINÊNCIA INTÉSTINAL E DA BEXIGA. E APESAR DO TRATAMENTO DE PRIMEIRA LINHA SER A CIRURGIA, ESTES TUMORES, DEVIDO SUA HISTÓRIA NATURAL DE AGRESSIVIDADE LOCAL, RECORREM EM ATÉ 85% DOS PACIENTES COMO NO CASO RELATADO.

43. FATORES PREDITORES DE PARESIA DE C5 APÓS LAMINOPLASTIA CERVICAL

VITOR VIANA BONAN DE AGUIAR¹, RICARDO DE AMOREIRA GEPP¹, ASDRUBAL FALAVIGNA²

1. REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, MG, BRASIL.

2. UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL, RIO GRANDE DO SUL, RS, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A LAMINOPLASTIA CERVICAL (LC) TIPO PORTA ABERTA É UMA OPÇÃO PARA O TRATAMENTO DA MIELOPATIA CERVICAL DEGENERATIVA. EM GERAL, O PROCEDIMENTO É INDICADO QUANDO NÃO HÁ CIFOSE, MAIS DE DOIS NÍVEIS DE COMPRESSÃO E CALCIFICAÇÃO DO LIGAMENTO LONGITUDINAL POSTERIOR. UMA POSSÍVEL COMPLICAÇÃO DO LC OBSERVADA NO PÓS-OPERATÓRIO É A PARESIA RELACIONADA À RAIZ DE C5. HÁ UMA DISCUSSÃO SOBRE OS POSSÍVEIS MECANISMOS QUE LEVAM À PARESIA DE C5 (PC5) NA LITERATURA. O PRESENTE ESTUDO AVALIOU A ESTENOSE DO FORAME RADICULAR DE C5, AS CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIAS E O TEMPO CIRÚRGICO COMO POSSÍVEIS FATORES DE RISCO PARA O DESENCADEAMENTO DA PC5. **MATERIAIS E MÉTODOS:** ESTUDO RETROSPECTIVO. COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO ELETRÔNICO. UM TOTAL DE 421 PACIENTES FORAM INCLUÍDOS NO ESTUDO QUE FORAM SUBMETIDOS A LC PARA TRATAMENTO DE MIELOPATIA CERVICAL ESPONDILÓTICA, TODOS COM MAIS DE 18 ANOS DE JANEIRO DE 2017 A JANEIRO DE MARÇO DE 2022. FORAM COLETADOS DADOS DE IDADE E CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIAS

CLASSIFICADAS PELA AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA). O DIÂMETRO DO FORAME RADICULAR DE C5 FOI MEDIDO BILATERALMENTE EM UMA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TC) AXIAL, MEDINDO A DISTÂNCIA DO PROCESSO UNCINADO AO PROCESSO ARTICULAR SUPERIOR. QUINZE PACIENTES COM PC5 FORAM IDENTIFICADOS, MAS DOIS PACIENTES NÃO FORAM SUBMETIDOS A TC PRÉ-OPERATÓRIA. POPULAÇÃO DE 421 PACIENTES SUBMETIDA A LC E 13 PACIENTES QUE EVOLUIRAM COM PC5, FOI REALIZADO CÁLCULO AMOSTRAL COM INTERVALO DE CONFIANÇA DE 95%, ERRO AMOSTRAL DE 5%, PODER AMOSTRAL DE 80%, NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA DE 5%, CHEGANDO A UMA POPULAÇÃO DE 58 PACIENTES PARA AVALIAÇÃO DOS FORAMES. O PERFIL DEMOGRÁFICO E OS DADOS CLÍNICOS FORAM CARACTERIZADOS POR FREQUÊNCIA ABSOLUTA, FREQUÊNCIA RELATIVA, MÉDIA E DESVIO PADRÃO. A NORMALIDADE DOS DADOS FOI VERIFICADA POR MEIO DO TESTE DE KOLMOGOROV-SMIRNOV. A DISTRIBUIÇÃO DO PERFIL AMOSTRAL DOS GRUPOS FOI TESTADA POR MEIO DO TESTE QUI-QUADRADO DE PEARSON E TESTE T DE STUDENT. A ANÁLISE DA CURVA ROC FOI REALIZADA PARA DETECTAR O CORTE, A SENSIBILIDADE E A ESPECIFICIDADE DA PARESIA DE C5. O NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA ADOPTADO FOI DE 5% ($P = 0,05$). RESULTADOS: OS PARÂMETROS: IDADE (ANOS) NO GRUPO NORMAL (GN) $58,58 \pm 11,60$ E NO GRUPO COM PARESIA DE C5 (GP5) $56,92 \pm 16,30$ E NO TOTAL $58,21 \pm 12,66$. TEMPO CIRÚRGICO (MINUTOS): GN = $128,53 \pm 42,72$, GP5 = $171,54 \pm 81,10$ $P = 0,01$. DIÂMETRO DOS FORAMES RADICULARES DE C5 (MM): GN = $2,77 \pm 0,54$, GP5 $2,37 \pm 0,47$ $P = 0,02$. ASA 2 GN = 37 (82,2%) GP5 = 9 (69,2%) E ASA 3 = GN 8 (17,8%) E 4 (30,8%). A ANÁLISE DA CURVA ROC DOS GRUPOS EM FUNÇÃO DO TAMANHO MÉDIO DO FORAME: ÁREA DE 0,71, CRITÉRIO $< 2,2$ MM; $P = 0,01$. CONCLUSÕES: O ESTUDO MOSTRA QUE QUANTO MAIOR A ESTENOSE DO FORAME, MAIOR A POSSIBILIDADE DE PARESIA DE C5. AS CHANCES TAMBÉM AUMENTAM QUANTO MAIOR O TEMPO CIRÚRGICO. ESSES RESULTADOS ASSOCIADOS A ESTUDOS FUTUROS PODEM CONTRIBUIR PARA O ENTENDIMENTO DESSA COMPLICAÇÃO.

73. LESÃO MEDULAR CAUSADA POR AGRESSÃO COM ARMA BRANCA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

FERNANDA FENNER¹, JEFFERSON WALTER DANIEL¹, VINICIUS MONTEIRO DE PAULA GUIRADO¹, FLÁVIO KEY MIURA¹, JOSÉ CARLOS ESTEVES VEIGA¹

1. SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A LESÃO MEDULAR É UMA CONDIÇÃO GRAVE E INCAPACITANTE. A AGRESSÃO COM ARMA BRANCA TEM UMA INCIDÊNCIA QUE VARIA ENTRE 1 A 2% DOS CASOS DE LESÃO MEDULAR TRAUMÁTICA. NESSAS SITUAÇÕES, SÃO CONSIDERADAS INDICAÇÕES CIRÚRGICAS A PRESENÇA DE FÍSTULA LIQUÓRICA, INFECÇÕES, NECESSIDADE DE REMOÇÃO DA ARMA BRANCA OU DE FRAGMENTOS ÓSSEOS OU METÁLICOS RETIDOS E CORREÇÃO DE INSTABILIDADE VERTEBRAL SEGMENTAR NO LOCAL DO FERIMENTO. ENTRETANTO, NA AUSÊNCIA DA ARMA BRANCA NO LOCAL, A ESCOLHA ENTRE OS TRATAMENTOS CIRÚRGICOS E NÃO CIRÚRGICOS NÃO ESTÁ BEM ESTABELECIDO. O OBJETIVO DESTES RELATOS DE CASO É O DE REVISAR A LITERATURA E AJUDAR NO RACIOCÍNIO DO MÉDICO ASSISTENTE NA ESCOLHA ENTRE AS MODALIDADES DE TRATAMENTOS EM PACIENTES COM FERIMENTOS DE ARMA BRANCA EM COLUNA. MATERIAIS E MÉTODOS: FOI REALIZADA PESQUISA NAS PLATAFORMAS ELETRÔNICAS PUBMED E UP TO DATE SOBRE OS TRATAMENTOS CIRÚRGICOS E NÃO CIRÚRGICOS DE LESÕES MEDULARES POR ARMA BRANCA E ESTABELECIDO COMPARAÇÕES COM O PACIENTE DESCRITO. FORAM DESCRITOS OS ACHADOS CLÍNICOS DO PACIENTE, BEM COMO OS EXAMES DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS REALIZADOS. RESULTADOS: ADMITO AO PRONTO-SOCORRO UM PACIENTE MASCULINO DE 49 ANOS DE IDADE, USUÁRIO DE CRACK, COCAÍNA E MACONHA. APRESENTAVA LESÕES PERFURO-CORTANTES EM VÁRIAS PARTES DO CORPO, INCLUINDO A REGIÃO LOMBAR, COXAS, VERTEBRAL, TRAPÉZIO DIREITO, FRONTAL, MÃO DIREITA, ESCROTAL E PEITORAL ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO DEMONSTRAVA LESÃO CARACTERÍSTICA DE ARMA BRANCA EM PELE

(SEM ORIFÍCIO DE SAÍDA) EM REGIÃO LOMBAR NÃO TRANSFIXANTE E SEM A PRESENÇA DA ARMA OU DE FRAGMENTOS ÓSSEOS OU METÁLICOS NA REGIÃO DO CANAL MEDULAR. O EXAME NEUROLÓGICO EVIDENCIAVA FORÇA MUSCULAR GRAU V EM MEMBROS SUPERIORES E GRAU 0 EM AMBOS MEMBROS INFERIORES, ALÉM DE ANESTESIA TÁTIL E DOLOROSA CAUDAL AO NÍVEL DE T8. O EXAME DE TOMOGRAFIA DE ABDOME MOSTROU DESCONTINUIDADE DA PELE NA REGIÃO LOMBAR ESQUERDA NA ALTURA DO NÍVEL VERTEBRAL L3-L4, ASSOCIADA A FOCOS GASOSOS DE PERMEIO AOS PLANOS MIOADIPÓSOS PERIVERTEBRAIS E NO INTERIOR DO CANAL VERTEBRAL. A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA E LOMBAR CONFIRMOU A PENETRAÇÃO DO CANAL VERTEBRAL NA ALTURA DA SEXTA VÉRTEBRA TORÁCICA, COM SECÇÃO TOTAL DA MEDULA ESPINAL. DEVIDO A AUSÊNCIA DE SINAIS INFECCIOSOS, SAÍDA DE LÍQUOR OU SINAIS DE INSTABILIDADE, OPTOU-SE POR UMA CONDUTA NÃO CIRÚRGICA E ANTIBIOTICOTERAPIA. O PACIENTE RECEBEU ALTA 7 DIAS APÓS A INTERNAÇÃO, COM OS MESMOS DÉFICITS NEUROLÓGICOS DA ADMISSÃO E A NECESSIDADE DE USO DE SONDA VESICAL DE DEMORA. CONCLUSÕES: O TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO INDICADO NESTE CASO SUGERE DESFECHO FAVORÁVEL EM RAZÃO DE AUSÊNCIA DE INTERCORRÊNCIAS E PODE SER ÚTIL COMO PARÂMETRO DE TRATAMENTO EM OUTRAS SITUAÇÕES CLÍNICAS SEMELHANTES. ESTUDOS FUTUROS SÃO NECESSÁRIOS PARA ORIENTAR A MODALIDADE DE TRATAMENTO EM VÍTIMAS DE FERIMENTOS POR ARMA BRANCA NA AUSÊNCIA DA ARMA BRANCA NO LOCAL DO FERIMENTO PENETRANTE.

74. MENINGIOMA DE FORAME MAGNO: REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO

SILVIO PORTO DE OLIVEIRA JUNIOR¹, LUCAS GAMA MASCARENHAS¹

1. HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ, SALVADOR, BAHIA, BA, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: INTRODUÇÃO: O FORAME MAGNO É UM DOS DIVERSOS FORAMES LOCALIZADOS NO CRÂNIO DO SER HUMANO, E ATRAVÉS DELE SE DA A TRANSIÇÃO ENTRE ENCÉFALO E MEDULA ESPINHAL. OS MENINGIOMAS LOCALIZADOS NO FORAME MAGNO SÃO CLASSIFICADOS COMO VENTRAIS OU VENTROLATERAIS, ALÉM DOS DORSAIS, SENDO TAL CLASSIFICAÇÃO DE SUMA RELEVÂNCIA, VISTO QUE CADA TOPOGRAFIA INFLUENCIA NA DECISÃO DA ABORDAGEM CIRÚRGICA. TAL NEOPLASIA POSSUI UMA ANATOMIA BASTANTE DIFÍCIL, O QUE TORNA AINDA MAIS DESAFIADOR A CONDUTA DO NEUROCIRURGIÃO. MATERIAIS E MÉTODOS: PARA INVESTIGAR CASOS NA LITERATURA DE MENINGIOMA DO FORAME MAGNO, FOI REALIZADA BUSCA NO BANCO DE DADOS MEDLINE/PUBMED COM OS SEGUINTE DESCRITORES: "MENINGIOMA"[TITLE/ABSTRACT] AND ("MAGNUM FORAMEN"[TITLE/ABSTRACT] AND ("FORAMEN MAGNUM TUMOR"[TITLE/ABSTRACT]). FORAM UTILIZADOS OS FILTROS REVIEW E SISTEMATIC REVIEW, SENDO ENCONTRADOS 45 TRABALHOS ENTRE OS ANOS DE 1984 E 2023, VARIANDO O APROFUNDAMENTO EM CADA UM, DESDE EPIDEMIOLOGIA, ETIOLOGIA, APRESENTAÇÃO CLÍNICA ATÉ TÉCNICAS NEUROANATÔMICAS E CIRÚRGICAS DE ACESSO. APRESENTAÇÃO DO CASO: PACIENTE, 48 ANOS, SEXO FEMININO APRESENTANDO, HÁ UM ANO, QUADRO DE PERDA DE FORÇA MUSCULAR NOS 4 MEMBROS. INICIALMENTE TEVE DIMINUIÇÃO DE FORÇA EM MEMBROS SUPERIORES, PROGREDINDO COM 3 MESES PARA MEMBROS INFERIORES. DEU ENTRAVA VIA AMBULATORIAL EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM JUNHO DE 2018 EM GLASGOW 15, TETRAPARESIA SIMÉTRICA COM FORÇA MUSCULAR GRAU II. ACAMADA, E LIMITADA AO LEITO. FOI AVALIADA E AGENDADA CIRURGIA PARA SETEMBRO DE 2018. REALIZADA RESSECÇÃO TUMORAL, SIMPSON 2 COM ANATOMIA PATOLÓGICA E IMUNOHISTOQUÍMICA EVIDENCIANDO MENINGIOMA MENINGOTELIAL (GRAU 1). EVOLUIU NO PÓS OPERATÓRIO COM RECUPERAÇÃO TOTAL DOS DEFICITS. HOJE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL, ENCONTRA-SE EM GLASGOW 15, COM FORÇA MUSCULAR GRAU V NOS 4 MEMBROS. RESULTADOS: O PRIMEIRO DOS TRABALHOS, REALIZADO EM 1988, TRAZ UMA ABORDAGEM AMPLA ACERCA DOS TUMORES BENIGNOS EXTRAMEDULARES DE FORAME MAGNO, NO QUAL ERA REFERIDO UM PADRÃO DE CRESCIMENTO INSIDIOSO E CLÍNICO SIMILAR A UMA DOENÇA NEURODEGENERATIVA.

O TRABALHO QUE MAIS ABORDOU OS PRINCIPAIS ASPECTOS DOS MENINGIOMAS DE FORAMEN MAGNUM FOI UMA REVISÃO REALIZADA EM 2003, NO QUAL FOI RELATADO PRINCIPALMENTE SEUS CONCEITOS, CLASSIFICAÇÕES E RELEVÂNCIAS CIRÚRGICAS. EM PRIMEIRO LUGAR, É TRAZIDO A ANATOMIA PECULIAR DO FORAME MAGNO. TRATA-SE DE UM ORIFÍCIO PELO QUAL SE RELACIONAM ESTRUTURAS TAIS QUAIS AS TONSILAS CEREBELARES, VERMIS CEREBELAR, QUARTO VENTRÍCULO, PARTE CAUDAL DA MEDULA, NONO AO DECIMO SEGUNDO NERVOS CRANIANOS E NERVOS CERVICAIS. SEGUE-SE ABORDANDO AS SUAS CLASSIFICAÇÕES, TENDO SE ORIGINADO PRINCIPALMENTE DENTRO DOS LIMITES DO FORAME MAGNO OU TENDO INVADIDO SECUNDARIAMENTE A REGIÃO, MAS SE ORIGINANDO EM OUTRO LUGAR. TAMBÉM CLASSIFICAMOS OS TUMORES PRIMÁRIOS DE ACORDO COM SUAS ORIENTAÇÕES ANTEROPOSTERIOR E LATEROMEDIAL. SOBRE SUA APRESENTAÇÃO CLÍNICA, COSTUMA SER BASTANTE VARIADA, E A DURAÇÃO MÉDIA DOS SINTOMAS ANTES DO DIAGNÓSTICO É DE 30,8 MESES, MESMO NA ERA DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA. O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CLÍNICO INCLUI ESCLEROSE MÚLTIPLA, ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA, SIRINGOMIELIA E ESPONDILOSE CERVICAL. EM UM EXAME SUPERFICIAL, O MÉDICO PODE PERDER ACHADOS SUTIS NO INÍCIO DO ESTÁGIO DA PROGRESSÃO, MAS OS SINTOMAS POSTERIORES GERALMENTE SÃO AVANÇADOS, INEGÁVEIS, E LEVAM A DÉFICITS NEUROLÓGICOS SIGNIFICATIVOS E MUITAS VEZES PERMANENTES. AS CARACTERÍSTICAS INICIAIS DOS MENINGIOMAS DO FORAME MAGNO INCLUEM CEFALÉIA OCCIPITAL E DOR CERVICAL ALTA, QUE MUITAS VEZES É EXACERBADA PELA FLEXÃO DO PESCOÇO OU MANOBRAS DE VALSALVA. A SÍNDROME CLÁSSICA DO FORAME MAGNO É DEFINIDA PELO DESENVOLVIMENTO DE DÉFICITS SENSORIAIS E MOTORES UNILATERAIS DO BRAÇO, QUE PROGRIDEM PARA A PERNA IPSILATERAL, DEPOIS PARA A PERNA CONTRALATERAL E, FINALMENTE, PARA O MEMBRO SUPERIOR CONTRALATERAL. FOI OBSERVADO TAMBÉM ASPECTOS DE IMAGEM RELACIONADO AOS MENINGIOMAS DE FORAME MAGNO, ASSIM COMO SEUS ACESSOS NEUROCIRÚRGICOS. CONCLUSÃO: A PACIENTE APRESENTOU UM QUADRO DE TETRAPARESIA ASSOCIADO A TETRAPARESTESIA, TÍPICO DE TUMOR DE FORAME MAGNO. PORÉM, PERCEBE-SE QUE O ESTABELECIMENTO DOS SINTOMAS NÃO SEGUIU PRECISAMENTO O PADRÃO DESCRITO PELA LITERATURA ABORDADA, UMA VEZ QUE PRIMEIRO AFETOU MEMBROS SUPERIORES E EM SEGUIDA MEMBROS INFERIORES, AO INVÉS DE SEGUIR EM SENTIDO DE RELOGIO. É FUNDAMENTAL ENTENDER DESDE A SUA APRESENTAÇÃO CLÍNICA ATÉ A CONDUTA CIRÚRGICA, VISTO QUE É UM TUMOR BASTANTE DESAFIADOR, PRINCIPALMENTE PELA SUA TOPOGRAFIA E DESFECHO CLÍNICO DO PACIENTE.

75. FRATURA DO ODONTÓIDE TIPO II: O PARAFUSO ANTERIOR É UMA BOA SOLUÇÃO PARA TODOS OS PACIENTES? UMA SÉRIE DE 60 CASOS CONSECUTIVOS

FRANÇOIS DANTAS¹, FERNANDO DANTAS¹, ANTÔNIO CARLOS VIEIRA CAIRES¹, MARCO TÚLIO DOMINGOS SILVA E REIS¹, GUSTAVO AGRA CARIRI¹, RICARDO VIEIRA BOTELHO¹

1. HOSPITAL BIOCOR, REDE D'OR SÃO LUIZ, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: A FRATURA DO ODONTÓIDE TIPO II É A MAIS COMUM E SEU TRATAMENTO AINDA É UM DESAFIO. A FUSÃO COM PARAFUSO VIA ANTERIOR É UMA BOA OPÇÃO DE TRATAMENTO EM CASOS SELECIONADOS, MAS AINDA HÁ INCERTEZAS EM RELAÇÃO ÀS MELHORES INDICAÇÕES PARA ESTA TÉCNICA. MATERIAIS E MÉTODOS FOI CONDUZIDO UM ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO DE PACIENTES CONSECUTIVOS DIAGNOSTICADOS COM FRATURA DO ODONTÓIDE TIPO II TRATADOS CIRÚRGICAMENTE PELA VIA ANTERIOR POR UM ÚNICO CIRURGIÃO, ENTRE OS ANOS DE 1998 E 2020. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS COMO IDADE, SEXO, TIPO DE FRATURA, TEMPO DO TRAUMA ATÉ A CIRURGIA, PERÍODO DE INTERNAÇÃO, TAXA DE FUSÃO, COMPLICAÇÕES E REOPERAÇÃO FORAM AVALIADAS. RESULTADOS CIRÚRGICOS FORAM COMPARADOS ENTRE PACIENTES ACIMA E ABAIXO DE 60 ANOS DE IDADE. RESULTADOS: 60 PACIENTES CONSECUTIVOS FORAM SUBMETIDOS À FIXAÇÃO ANTE-

RIOR DO ODONTÓIDE NO PERÍODO ANALISADO. 66,6% FORAM DO SEXO MASCULINO, E A IDADE MÉDIA DOS PACIENTES FOI DE 49,58 + 23,22 ANOS (8-89 ANOS). 23 PACIENTES (38,3%) TINHAM MAIS DE 60 ANOS DE IDADE. 25 PACIENTES (41,6%) OPERARAM EM ATÉ 7 DIAS APÓS O TRAUMA. A CAUSA DO TRAUMA MAIS COMUM FOI ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EM 36 CASOS (60%). O TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO FOI DE 5,12 + 3,27 DIAS (2-18 DIAS), E O PERÍODO MÍNIMO DE ACOMPANHAMENTO FOI DE 2 ANOS. 93,3% DOS PACIENTES EVOLUÍRAM COM CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA, O QUE FOI OBSERVADO EM 86,9% DOS PACIENTES ACIMA DE 60 ANOS. COMPLICAÇÕES RELACIONADAS À FALHA DO INSTRUMENTAL OCORRERAM EM 6 PACIENTES (10%). DISFAGIA TRANSITÓRIA FOI OBSERVADA EM 10% DOS CASOS. TRÊS PACIENTES (5%) NECESSITARAM DE REOPERAÇÃO E NÃO HOUE ÓBITOS NA NOSSA SÉRIE. PACIENTES ACIMA DE 60 ANOS APRESENTARAM RISCO AUMENTADO DE DISFAGIA QUANDO COMPARADOS A PACIENTES COM MENOS DE 60 ANOS (P = 0,0248) E NÃO HOUE DIFERENÇA SIGNIFICATIVA ENTRE OS GRUPOS EM RELAÇÃO À TAXA DE NÃO-FUSÃO, REOPERAÇÃO OU TEMPO DE INTERNAÇÃO. CONCLUSÕES: A FIXAÇÃO ANTERIOR DO ODONTÓIDE COM PARAFUSO APRESENTOU ALTAS TAXAS DE FUSÃO, COM BAIXA TAXA DE COMPLICAÇÕES E SEM MORTALIDADE, E AINDA É UMA TÉCNICA A SER CONSIDERADA PARA O TRATAMENTO DE FRATURAS DO ODONTÓIDE TIPO II EM CASOS SELECIONADOS.

76. READMISSÃO NÃO PLANEJADA EM 30 DIAS APÓS CIRURGIAS DA COLUNA VERTEBRAL: ANÁLISE DE 650 CASOS EM UMA INSTITUIÇÃO ÚNICA

FRANÇOIS DANTAS¹, FERNANDO DANTAS¹, ANTÔNIO CARLOS VIEIRA CAIRES¹, MARCO TÚLIO DOMINGOS SILVA E REIS¹, GUSTAVO AGRA CARIRI¹, BRÁULIO ROBERTO GONÇALVES MARINHO COUTO¹, RICARDO VIEIRA BOTELHO¹

1. HOSPITAL BIOCOR, REDE D'OR SÃO LUIZ, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, MG, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: AS TAXAS DE READMISSÃO PÓS-OPERATÓRIA TÊM SIDO UTILIZADAS PARA AVALIAR A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR. AS TAXAS DE READMISSÃO NÃO PLANEJADA EM 30 DIAS APÓS CIRURGIAS DA COLUNA SÃO VARIÁVEIS NA LITERATURA, E NÃO HÁ ESTUDOS AVALIANDO TAIS TAXAS EM CENTROS ÚNICOS DA AMÉRICA LATINA. ESTE ESTUDO TEM COMO OBJETIVO AVALIAR A TAXA DE READMISSÃO HOSPITALAR NÃO PLANEJADA EM 30 DIAS APÓS CIRURGIAS DE COLUNA EM UMA ÚNICA INSTITUIÇÃO BRASILEIRA E IDENTIFICAR POSSÍVEIS FATORES DE RISCO. MATERIAIS E MÉTODOS: FOI REALIZADA ANÁLISE RETROSPECTIVA DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS DE COLUNA EM UM ÚNICO HOSPITAL PRIVADO ENTRE JANEIRO DE 2018 E DEZEMBRO DE 2020, E REINTERNAÇÕES NÃO PLANEJADAS EM ATÉ 30 DIAS APÓS A ALTA FORAM IDENTIFICADAS. FATORES DE RISCO FORAM DETERMINADOS E A TAXA DE REOPERAÇÃO FOI ANALISADA. RESULTADOS: 650 PACIENTES FORAM INCLUÍDOS NA ANÁLISE, E 74 (11,28%) PACIENTES FORAM READMITIDOS EM ATÉ 30 DIAS APÓS A CIRURGIA. A MÉDIA DE IDADE DOS PACIENTES OPERADOS FOI DE 55,2 + 16,6 ANOS. MAIORES TAXAS DE REINTERNAÇÃO FORAM OBSERVADAS APÓS VERTEBROPLASTIAS E CIRURGIAS ENVOLVENDO TUMORES ESPINHAIS OU TUMORES ÓSSEOS. OS FATORES DE RISCO ENCONTRADOS EM NOSSA SÉRIE FORAM IDADE MAIS AVANÇADA, MAIOR TEMPO DE INTERNAÇÃO, SCORES ASA MAIS ELEVADOS, CIRURGIAS COM INSTRUMENTAÇÃO, DIABETES MELLITUS E CIRURGIAS ENVOLVENDO TUMORES ESPINHAIS PRIMÁRIOS OU SECUNDÁRIOS. AS CAUSAS MAIS COMUNS DE READMISSÃO NÃO PLANEJADA FORAM INFECÇÃO (33,8%) E DOR (27%), E 28,37% DOS PACIENTES READMITIDOS FORAM SUBMETIDOS A REOPERAÇÕES. CONCLUSÕES: ESTE ESTUDO SUGERE QUE A INFECÇÃO E O MANEJO DA DOR SÃO AS CAUSAS MAIS COMUNS DE READMISSÃO NÃO PLANEJADA APÓS CIRURGIAS DE COLUNA. ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR OS CUIDADOS PER E PÓS-OPERATÓRIOS SÃO NECESSÁRIAS PARA REDUZIR AS READMISSÕES NÃO PLANEJADAS

77. A IMPORTÂNCIA DA PROVA PERICIAL EM PROCESSOS JUDICIAIS COM PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR ERRO MÉDICO

CARLOS EDUARDO NARCISO SAKAI¹, JOSÉ CARLOS BAPTISTA PUOLI¹

1. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), SÃO PAULO, SP, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: EMBORA NO PASSADO O MÉDICO FOSSE VISTO COMO DETENTOR DE HABILIDADES QUASE DIVINAS, HOJE VEMOS UM AUMENTO CONSIDERÁVEL DE LITIGÂNCIA CONTRA ESTES PROFISSIONAIS, SEJA NA PODER JUDICIÁRIO, MUITAS VEZES COM PEDIDOS DE INDENIZAÇÕES VULTOSAS POR ALEGADOS ERROS MÉDICOS. MUITO DISSO SE FEZ POR CONTA DA PRECARIZAÇÃO DO ENSINO MÉDICO E DO SISTEMA DE SAÚDE, MAS TAMBÉM POR MÁ FORMAÇÃO E INTENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE PROFISSIONAIS DO DIREITO E DA IMPRENSA. ESTE TRABALHO PRETENDE APRESENTAR UM RECORTE PARA ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DESTA SITUAÇÃO E COMO SE TEM CHEGADO ÀS DECISÕES JUDICIAIS EM PROCESSOS CONTRA MÉDICOS. **MATERIAIS E MÉTODOS:** O TRABALHO BASEOU-SE EM LIVROS, CAPÍTULOS DE LIVROS, ARTIGOS CIENTÍFICOS DE BASES MÉDICAS E JURÍDICAS, DOCTRINAS, JURISPRUDÊNCIA E LEGISLAÇÃO ATUAL (LEGE LATA) PARA INICIALMENTE HAVER FORTE EMBASAMENTO NOS CONCEITOS DE RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA E SUBJETIVA, CULPA E SUAS MODALIDADES, SENDO ELAS A NEGLIGÊNCIA, A IMPRUDÊNCIA E A IMPERÍCIA E ONDE A RESPONSABILIDADE MÉDICA COSTUMA SER ENCAIXADA PELOS JUÍZES, ADVOGADOS E PRINCIPALMENTE OS PERITOS. JURISPRUDENCIALMENTE FORAM INICIALMENTE ANALISADAS 42 SENTENÇAS DE JULGADOS DE PRIMEIRO GRAU E 91 ACÓRDÃOS DE SEGUNDO GRAU NO SITE DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO (TJSP), DENTRE OS ANOS 2010 E 2020. ISSO FOI CONSEGUIDO ATRAVÉS DE PESQUISA NO SISTEMA DE ACESSO, COM USO DAS PALAVRAS CHAVE ERRO MÉDICO E INDENIZAÇÃO, ADMITINDO PROCESSOS CÍVEIS E ADMINISTRATIVOS, POIS ALGUMAS DEMANDAS ERAM CONTRA O MUNICÍPIO OU ESTADO, QUANDO A DEMANDA ENVOLVIA SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICO. A PARTIR DE UMA LISTA DE RESULTADOS, AS SENTENÇAS E OS ACÓRDÃOS FORAM LIDOS PARA VERIFICAR SE CONTINHAM INFORMAÇÕES SUFICIENTES SOBRE SE FOI REALIZADA PERÍCIA E QUANTO A PERÍCIA INFLUENCIOU O RESULTADO DO JULGAMENTO. FORAM COLHIDAS AS SEGUINTES INFORMAÇÕES: SE A PARTE DEMANDANTE HAVIA SIDO BENEFICIADA COM A JUSTIÇA GRATUITA. SE A DEMANDA ERA CONTRA MÉDICOS, SERVIÇOS DE SAÚDE, CONVÊNIO OU UMA COMBINAÇÃO DESTES. SE A DEMANDA ERA CONTRA UM SERVIÇO PÚBLICO. SE A SENTENÇA FOI CONSIDERADA PROCEDENTE OU IMPROCEDENTE. SE O ACÓRDÃO (DECISÃO DE SEGUNDO GRAU) MANTEVE, REFORMOU OU ANULOU A SENTENÇA. AS INFORMAÇÕES TABULADAS FORAM ENTÃO ANALISADAS, ATRAVÉS DE AGRUPAMENTOS DIFERENTES, DE FORMA A PODERMOS FAZER UMA ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS. **RESULTADOS:** OS RESULTADOS DAS PESQUISAS REALIZADAS NO SITE DO TJSP REALIZADAS EM ABRIL DE 2020 DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS E PALAVRAS-CHAVE CONFORME DESCRITOS NO ITEM DE METODOLOGIA FORAM ORGANIZADAS EM DUAS TABELAS. **CONCLUSÕES:** O PRINCIPAL DADO QUE A PESQUISA REVELA É SOBRE A CONCORDÂNCIA ENTRE A DECISÃO (DO JUIZ OU DO TRIBUNAL) E O LAUDO PERICIAL. NOS PROCESSOS DE PRIMEIRO GRAU, VEMOS QUE DOS 40 CASOS TOTAIS CONSIDERADOS, EM 26 VEZES O LAUDO CONSIDEROU A DEMANDA IMPROCEDENTE. DESTES 26, EM APENAS 02 A SENTENÇA DECIDIU DIVERSAMENTE AO LAUDO PERICIAL, OPTANDO PELA PROCEDÊNCIA TOTAL OU PARCIAL DO PEDIDO. TEMOS ENTÃO, NOS CONJUNTOS DE DECISÕES JUDICIAIS CONSULTADAS, UMA CONCORDÂNCIA DE 92,3% NOS CASOS EM QUE FOI JULGADA IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. O NÚMERO DE CASOS DE PROCESSOS DE PRIMEIRO GRAU QUE FORAM CONSIDERADOS COMO PEDIDOS PROCEDENTES (TOTAL OU PARCIALMENTE) SOMARAM 8 EM 40 CASOS. AQUI HOUE UMA CONCORDÂNCIA TOTAL (100%) COM A DECISÃO FINAL DO JUIZ (NOVAMENTE CONSIDERANDO A PROCEDÊNCIA PARCIAL OU TOTAL COMO SENDO O MESMO).

78. AVALIAÇÃO DA LORDOSE LOMBAR DE ACORDO COM O TIPO DE POSICIONADOR UTILIZADO NO INTRA-OPERATÓRIO DE FUSÕES LOMBARES

MATEUS BERGAMO LOMAZI¹, PEDRO FELISBINO JÚNIOR¹, LUCAS LODOMIRO MELO¹, JULIANE LEITE ORCINO¹, MURILO RIBEIRO SANCHES¹, SINVAL DORNELES FILHO¹, PAOLLA MACHADO COTRIM¹, PAULO HENRIQUE MARTINS DOS SANTO¹, MURILO TAVARES DAHER¹

1. CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO (CRER), GOIÁS, GO, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: PROCEDIMENTOS PARA ARTRODESE DA COLUNA VERTEBRAL SÃO CADA VEZ MAIS FREQUENTES. HOUE UM AUMENTO 137% NO NÚMERO ANUAL DE CIRURGIAS PARA FUSÃO DA COLUNA ENTRE 1998 E 2008 NOS EUA, PASSANDO DE 174.223 PARA 413.171 PROCEDIMENTOS EM 2008. PACIENTES SUBMETIDOS A FUSÃO DA COLUNA TORACOLOMBAR QUE APRESENTAM NO PÓS OPERATÓRIO LORDOSE LOMBAR (LL) RELATIVAMENTE MENOR, OU SEJA, DIFERENÇA ENTRE A LL E CIFOSE TORÁCICA MENOR QUE 20°, APRESENTAM MAIOR RISCO PARA DESEQUILÍBRIO SAGITAL (SVA > 5CM). UM EQUILÍBRIO SAGITAL ÓTIMO FAVORECE A MAIOR TAXA DE FUSÃO E MENOR DEGENERAÇÃO DE NÍVEL ADJACENTE NO PÓS OPERATÓRIO. ENQUANTO A REDUÇÃO DA LL ESTÁ ASSOCIADA A DOR LOMBAR CRÔNICA E ALTERAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DESSES INDIVÍDUOS. MEDIDAS PARA OTIMIZAÇÃO DA LL ENVOLVEM O CONHECIMENTO DOS PARÂMETROS SAGITAIS PÉLVICOS E LOMBAR PRÉVIOS DO INDIVÍDUO, TÉCNICAS CIRÚRGICAS ADEQUADAS, MAS TAMBÉM UM CORRETO POSICIONAMENTO INTRAOPERATÓRIO. O POSICIONAMENTO CIRÚRGICO É CRÍTICO PARA MANTER LL E PREVENIR O FLATBACK IATROGÊNICO. A RESTAURAÇÃO DA LL É COMPROMETIDA EM PACIENTES POSICIONADOS EM HIPOLORDOSE OU CIFOSE. DIVERSOS ESTUDOS DEMOSTRARAM A INFLUÊNCIA DO POSICIONAMENTO INTRAOPERATÓRIO NA LL, SOBRETUDO O GANHO DE LL NA POSIÇÃO PRONA COM EXTENSÃO DOS QUADRIS, MOSTRANDO SER UMA ESTRATÉGIA VÁLIDA PARA OTIMIZAÇÃO DA LL EM CIRURGIAS DA COLUNA. ESSES ESTUDOS AVALIARAM PACIENTES POSICIONADOS NA MESA DE ANDREWS, A FOUR-POSTER E MESA DE JACKSON. NO ENTANTO, ESSAS MESAS E POSICIONADORES CIRÚRGICOS NÃO SÃO DISPONÍVEIS NA ROTINA OPERACIONAL DA MAIORIA DOS HOSPITAIS ATUALMENTE E, DE ACORDO COM O CONHECIMENTO DOS AUTORES, NENHUM TRABALHO ATÉ O MOMENTO FOI PUBLICADO AVALIANDO A INFLUÊNCIA DOS POSICIONADORES CIRÚRGICOS DISPONÍVEIS NA LORDOSE LOMBAR. DESSA FORMA, O OBJETIVO DESSE TRABALHO FOI AVALIAR A INFLUÊNCIA DOS POSICIONADORES CIRÚRGICOS MAIS UTILIZADOS EM NOSSO MEIO NA LORDOSE DA COLUNA LOMBAR EM INDIVÍDUOS ASSINTOMÁTICOS. **MATERIAIS E MÉTODOS:** APÓS A APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CAAE: 55519622.0.0000.0023) E ASSINATURA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE), FORAM INCLUÍDOS VOLUNTÁRIOS COM IDADE A PARTIR DE 18 ANOS, ASSINTOMÁTICOS E SEM HISTÓRICO PREGRESSO DE PATOLOGIAS OU CIRURGIAS NA COLUNA VERTEBRAL. FORAM COLETADOS INICIALMENTE OS DADOS DEMOGRÁFICOS DE CADA INDIVÍDUO (GÊNERO, IDADE, PESO E ESTATURA) E REALIZADAS RADIOGRAFIAS EM PERFIL DA COLUNA LOMBAR EM ORTOSTASE E NOS SEGUINTES POSICIONADORES: COXIM EM GEL, COXIM EM GEL COM EXTENSÃO DO QUADRIL, RELTON-HALL (4 PONTOS) E POSICIONADOR WILSON - FIGURAS 1 A 4. OS VOLUNTÁRIOS FORAM AJUSTADOS NOS POSICIONADORES DE FORMA PADRONIZADA PELO MESMO PESQUISADOR E FOI AGUARDADO UM PERÍODO DE 5 MINUTOS PARA A ACOMODAÇÃO E RELAXAMENTO DA MUSCULATURA PARAVERTEBRAL ENTRE OS SUCESSIVOS POSICIONAMENTOS. EM SEGUIDA, TODAS AS RADIOGRAFIAS FORAM REALIZADAS CONFORME TÉCNICA E NO FORMATO DIGITAL, ABRANGENDO NA MESMA IMAGEM O PLATÔ SUPERIOR DE L1 E AS CABEÇAS FEMORAIS PARA PERMITIR UMA CORRETA MENSURAÇÃO DOS PARÂMETROS ESPINÓPÉLVICOS NO SOFTWARE. OS PARÂMETROS MENSURADOS EM CADA RADIOGRAFIAS FORAM: LORDOSE LOMBAR (ÂNGULO ENTRE O PLATÔ SUPERIOR DE L1 AO DE S1), LORDOSE LOMBAR L4-S1 (ÂNGULO ENTRE O PLATÔ SUPERIOR DE L4 AO DE S1), INCIDÊN-

CIA PÉLVICA (IP), VERSÃO PÉLVICA (VP) E INCLINAÇÃO SACRAL (IS), COM UTILIZAÇÃO DO SOFTWARE SURGIMAP® (NEMARIS INC., NEW YORK, NY, USA). FORAM COMPARADAS AS VARIÁVEIS OBTIDAS DAS RADIOGRAFIAS EM PERFIL DA COLUNA LOMBAR EM ORTOSTASE COM AS DAS RADIOGRAFIAS REALIZADOS EM CADA POSICIONADOR CIRÚRGICO. PARA ESSA AVALIAÇÃO, AS VARIÁVEIS CONTÍNUAS FORAM EXPRESSAS EM MÉDIA E DESVIO PADRÃO E COMPARADAS ENTRE GRUPOS ATRAVÉS DO TESTE T DE STUDENT PAREADO. OS RESULTADOS E OS VALORES DE P (CONSIDERADO OS VALORES MENORES DE 0.05 COMO SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA). FOI REALIZADO TAMBÉM UMA ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR SIMPLES PARA AVALIAR O EFEITO DA LORDOSE LOMBAR L4-S1 (VARIÁVEL DEPENDENTE) SOBRE A LL (VARIÁVEL INDEPENDENTE), OU SEJA, A INFLUÊNCIA DO SEGUIMENTO L4-S1 NA COMPOSIÇÃO E ALTERAÇÃO DA LL. AS ANÁLISES FORAM REALIZADAS NO PROGRAMA ESTATÍSTICO IBM® SPSS STATISTICS (VERSÃO 22.0; SPSS, CHICAGO, IL, USA). RESULTADOS: A AMOSTRA FOI CONSTITUÍDA DE 16 VOLUNTÁRIOS, SENDO 15 DO GÊNERO MASCULINO E 1 DO GÊNERO FEMININO, IDADE MÉDIA DE 24.6 ANOS (MÍNIMO 19, MÁXIMO 39 E DP 5.6), ESTATURA MÉDIA 176 CM (MÍNIMO 168, MÁXIMO 188 E DP 6.2) E MASSA CORPÓREA MÉDIA DE 77.4 KG (MÍNIMO DE 49, MÁXIMO 102 E DP 14.5). A MÉDIA DA LL NA POSIÇÃO ORTOSTÁTICA (ORTOSTATISMO) FOI DE 58.35°, NO POSICIONADOR COXIM EM GEL (GEL) DE 52.92°, NO POSICIONADOR COXIM EM GEL COM EXTENSÃO DOS QUADRIS (EXTENSÃO) DE 58.89°, NO POSICIONADOR RELTON-HALL/POSICIONADOR EM QUATRO PONTOS (4 PONTOS) DE 38.6° E, POR ÚLTIMO, NO POSICIONADOR WILSON (WILSON) DE 40.62°. AO REALIZAR O TESTE T, FOI OBSERVADO UMA REDUÇÃO MÉDIA DE 5.42° DA LL AO POSICIONAR NO COXIM EM GEL EM RELAÇÃO A ORTOSTASE, REDUÇÃO DE 19.74° COM O POSICIONAMENTO EM 4 PONTOS E DE 17.73° COM O POSICIONADOR WILSON, TODOS OS VALORES COM SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA (P). CONCLUSÕES: O POSICIONADOR COM COXINS EM GEL E EXTENSÃO DO QUADRIL REPRODUZ UMA LL SEMELHANTE AOS VALORES FISIOLÓGICOS. POSICIONADORES DO TIPO RELTON-HALL E WILSON COM FLEXÃO DO QUADRIL PROMOVEM UMA FIXAÇÃO HIPOLORDÓTICA COMPARADA A LORDOSE BASAL EM ORTOSTASE. A EXTENSÃO DO QUADRIL POR SI SÓ FOI CAPAZ DE GERAR UM AUMENTO DE 5.96° NA LORDOSE DO INDIVÍDUO. O SEGUIMENTO L4-S1 APRESENTA UMA INFLUÊNCIA DE 60% NA LL QUANDO OS INDIVÍDUOS ESTÃO NOS POSICIONADORES. QUANDO SE BUSCA OTIMIZAR O GANHO DE LL NO INTRAOPERATÓRIO, A EXTENSÃO DO QUADRIL É UMA ESTRATÉGIA VÁLIDA E MAIOR ATENÇÃO DEVE SER DADA AO SEGUIMENTO L4-S1.

79. CISTO ENTERÓGENO EM COLUNA TORÁCICA: RELATO DE CASO E VÍDEO INTRAOPERATÓRIO

ALEX MICHEL DAUD¹, JEFFERSON WALTER DANIEL¹, RODRIGO SALMERON DE TOLEDO AGUIAR¹, MARIANA MATOS DE VASCONCELOS¹, FLAVIO KEY MIURA¹, CARMEN LUCIA PENTEADO LANCELLOTTI¹, JOSÉ CARLOS ESTEVES VEIGA¹

1. SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: CISTOS ENTERÓGENOS (CES) (OU CISTO NERVOENTÉRICO) SÃO LESÕES CONGÊNITAS RARAS RESULTANTES DA PERSISTÊNCIA DO CANAL NEUROENTÉRICO, RESPONSÁVEL POR CONECTAR O INTESTINO PRIMITIVO AO TUBO NEURAL. A INCIDÊNCIA DOS CES É SIMILAR ENTRE HOMENS E MULHERES, CORRESPONDEM A 0,3 1,3% DE TODAS AS LESÕES ESPINAIS, SÃO BENIGNOS, COMUMENTE SITUADAS NA POSIÇÃO VENTRAL EM RELAÇÃO A MEDULA ESPINAL, E SÃO INTRADURAS EM 95% DOS CASOS. OS SINTOMAS NEUROLÓGICOS SÃO COMUNS ENTRE A SEGUNDA A TERCEIRA DÉCADA DE VIDA E ASSOCIADOS A OUTRAS MAL FORMAÇÕES ESPINAIS EM ATÉ 50% DOS CASOS. QUANDO SINTOMÁTICO, O TRATAMENTO É CIRÚRGICO COM EXÉRESE TOTAL DO CISTO E O PROGNÓSTICO FAVORÁVEL É COMUN. CES INTRACRANIANOS SÃO MAIS RAROS DO QUE OS CES ESPINAIS 1,2,3. O OBJETIVO É DE INCLUIR OS CES ENTRE OS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS NA PRESENÇA DE LESÕES CÍSTICAS SITUADAS EM COLUNA. MATERIAIS E MÉTODOS: UMA MULHER DE 29 ANOS SE APRESENTA NO

PRONTO-SOCORRO COM AS SEGUINTE QUEIXAS: DOR EM COLUNA CERVICAL DE INÍCIO SÚBITO, PERDA PROGRESSIVA DE FORÇA MUSCULAR EM MEMBROS INFERIORES HÁ 20 DIAS DA ADMISSÃO HOSPITALAR E UM EVENTO DE RETENÇÃO URINÁRIA TRANSITÓRIO. AO EXAME FÍSICO A PACIENTE APRESENTAVA PARAPARESIA CRURAL, COM FORÇAS MUSCULARES GRAU 4 EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E GRAU 3 EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDA, SINAIS DE LIBERAÇÃO PIRAMIDAL E HIPOESTESIA EM NÍVEL SENSITIVO CAUDAL A T4. REALIZADA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA QUE EVIDENCIOU LESÃO CÍSTICA INTRADURAL E EXTRAMEDULAR PÓSTERO LATERAL A MEDULA ESPINAL NOS NÍVEIS T1, T2 E T3. RESULTADOS: A PACIENTE FOI SUBMETIDA A LAMINOTOMIA T1 A T3 POR VIA POSTERIOR, COM EXÉRESE TOTAL DO CISTO INTRADURAL E EXTRAMEDULAR, SEGUIDA DE LAMIPLASTIA ESTABILIZADORA VERTEBRAL DE T1 A T3. A ANÁLISE HISTOPATOLÓGICA EVIDENCIOU O DIAGNÓSTICO DE CISTO ENTERÓGENO, EVIDENCIANDO CÉLULAS SEMELHANTES AO EPITÉLIO DO TRATO GASTROINTESTINAL. A PACIENTE EVOLUIU COM MELHORA DA FORÇA MUSCULAR NOS MEMBROS INFERIORES E DA FUNÇÃO SENSITIVA. CONCLUSÕES: OS CES SÃO LESÕES RARAS E DEVEM SER INCLuíDAS ENTRE OS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS NOS PACIENTES COM LESÕES CÍSTICAS INTRADURAS EM COLUNA. O DIAGNÓSTICO PODE SER NEGLIGENCIADO PRINCIPALMENTE EM PACIENTES COM DOR CERVICAL E TORÁCICA CRÔNICAS SEM DÉFICIT NEUROLÓGICO.

81. NÚCLEO INTEGRADO DE PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS DE ALTA COMPLEXIDADE: UM PROJETO ENTRE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PACIENTES COM DOENÇAS DA COLUNA VERTEBRAL

ALESSANDRO ALMEIDA DE ABREU¹, PEDRO HENRIQUE FERREIRA PINTO¹, PAOLO DI CICCIO SOUTO MAIOR¹, LUIZ OTÁVIO SAMPAIO PENTEADO¹, JULIA PEREIRA MUNIZ PONTES¹, BERNARDO MARTINS RODRIGUES MARTHA¹, WELLERSON NOVAES DA SILVA¹, FLAVIO NIGRI¹

1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: DOENÇAS QUE AFETAM A COLUNA VERTEBRAL TÊM ALTA INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA NA SOCIEDADE, ESPECIALMENTE EM INDIVÍDUOS ENTRE 30 A 60 ANOS. EM MUITOS CASOS, ELAS SÃO INCAPACITANTES, DIMINUINDO DRÁSTICAMENTE A QUALIDADE DE VIDA E A FONTE DE RENDA DOS PACIENTES. A GRANDE QUANTIDADE DE CASOS, UMA AVALIAÇÃO INICIAL EQUIVOCADA E A BAIXA DISPONIBILIDADE DE CENTROS ESPECIALIZADOS EM CIRURGIA DA COLUNA SOBRECARRREGAM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) GERANDO UM LONGO TEMPO DE ESPERA NA FILA DO SISTEMA ESTADUAL DE REGULAÇÃO DO ESTADO. ASSIM, UM PROJETO FOI IMPLEMENTADO PELA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE EM CONJUNTO COM O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE REFERÊNCIA PARA SUPRIR ESSA DEMANDA. O OBJETIVO DESSE ESTUDO É DESCRVER A ATUAÇÃO DO PROJETO. MATERIAIS E MÉTODOS: O PROJETO É COMPOSTO POR UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR QUE SÃO RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO INICIAL DE TRIAGEM, REGULAÇÃO PARA TRATAMENTO CONSERVADOR ATRAVÉS DE CONTRARREFERÊNCIA E INTERNAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DAS CIRURGIAS NOS PACIENTES INDICADOS. O CRITÉRIO UTILIZADO PARA INDICAÇÃO CIRÚRGICA FOI A CORRELAÇÃO CLÍNICO-RADIOLÓGICA, ASSOCIADA A SINAIS DE ACOMETIMENTO NEURAL OU INSTABILIDADE MECÂNICA, OU A PRESENÇA DE LESÕES TUMORAIS/INFECCIOSAS. RESULTADOS: EM 65 MESES DE PROJETO (DE AGOSTO DE 2018 A JANEIRO DE 2023) FORAM OFERECIDAS 14310 VAGAS DE CONSULTA DE TRIAGEM, SENDO EFETIVAMENTE ATENDIDOS 10811 PACIENTES (24,45% NÃO COMPARECERAM). DESSES, APENAS 576 (5,32%) TIVERAM INDICAÇÃO E FORAM OPERADOS. O PROJETO REALIZOU 882 CIRURGIAS, DAS QUAIS 576 (65,3%) FORAM VINDAS DA TRIAGEM, E AS DEMAIS FORAM PACIENTES DO PRÓPRIO HOSPITAL E TRANSFERIDOS DE OUTROS HOSPITAIS. A MAIORIA DAS CIRURGIAS REALIZADAS PELO PROJETO FORAM PROCEDIMENTOS MAIS SIMPLES COMO MICRODISCECTOMIA LOMBAR (248 CASOS - 28,11%) E BIÓP-

SIA VERTEBRAL (62 CASOS 7,02%). O RESTANTE DOS CASOS FORAM ARTRODESES LOMBARES E CERVICAIS (395 CASOS 44,78%). FORAM OPERADOS PACIENTES DE 62 DOS 92 MUNICÍPIOS DO ESTADO EM QUESTÃO. EM MEADOS DE 2018 HAVIA APROXIMADAMENTE 8 MIL PACIENTES NA FILA DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA. ATUALMENTE SÃO CERCA DE 2 MIL PACIENTES AGUARDANDO ATENDIMENTO. CONCLUSÕES: SEGUNDO OS CRITÉRIOS DO SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE REFERÊNCIA OBSERVOU-SE QUE A MAIORIA DOS PACIENTES NA FILA PARA CIRURGIA DE COLUNA NÃO TINHAM INDICAÇÃO CIRÚRGICA. A INDICAÇÃO CRITERIOSA FOI FUNDAMENTAL PARA REDUZIR A FILA DE ESPERA E CONSEQUENTEMENTE OS GASTOS DO SUS COM PROCEDIMENTOS DESNECESSÁRIOS.

82. EXTRUDED L5-S1 DISC HERNIATION BETWEEN CONJOINED LUMBOSACRAL NERVE ROOTS

PEDRO NEVES FORTUNATO¹, BRUNO SANTOS BOGÉA¹, MÁRIO HENRIQUE GIRÃO FARIA

1. HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI, CAMPINAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: LUMBOSACRAL NERVE ANOMALIES ARE RARE. CONJOINED NERVE ROOT (CNR) IS THE MOST COMMON NERVE ROOT ANOMALY AND ARE DEFINED WHEN TWO ADJACENT NERVE ROOTS SHARE A COMMON DURAL ENVELOPE AT THE SAME POINT WHEN EXITING FROM THE THECAL SAC. THE ROOTS MOST FREQUENTLY INVOLVED BY CNR ANOMALY ARE L5 AND S1, ACCOUNTING FOR 50% OF THE CASES AND THEY USUALLY OCCUR UNILATERALLY. PREOPERATIVE CNR DIAGNOSIS IS CHALLENGING. DESPITE AUTOPSY STUDIES SHOW CNR PREVALENCE IS AROUND 8.5% UP TO 30%. THE IMAGING STUDIES REPORT 1.9 TO 4% OF PREVALENCE. THERE ARE SOME CLINICAL CLUES FOR A SUSPECTING CNR THAT THE SPINE SURGEON MUST KNOW BEFORE THE SURGERY. IN MOST CASES IT MAY CLINICALLY PRESENTS ITSELF AS LUMBOSCIATIC PAIN DUE TO THE CROWDING OF TWO NERVE ROOTS IN THE SAME FORAMEN OR LATERAL RECESS. WE REPORT TWO CASES OF LUMBOSCIATIC PAIN DUE TO L5-S1 LUMBAR DISC HERNIATION IN WHICH CONJOINED NERVE ROOT ANOMALY DIAGNOSIS WAS MADE INTRAOPERATIVELY. **MATERIAIS E MÉTODOS:** CASE 1: A 41-YEAR-OLD FEMALE PRESENTED WITH VERY INTENSE LEFT LEG PAIN, GRADE 9/10 AT THE VISUAL ANALOGIC PAIN SCALE, 4/5 WEAKNESS IN THE LEFT S1 DISTRIBUTION, A POSITIVE STRAIGHT LEG RAISE TEST TO 30° AND A DECREASED ACHILLES REFLEX. SHE WAS ADMITTED THROUGH THE EMERGENCY ROOM WITH AN MRI DONE IN AN OUTPATIENT CLINIC. THE MRI IMAGES SHOWED A LEFT L5-S1 HERNIATED DISC WITH S1 DESCENDING ROOT COMPRESSION. ONLY T2 SAGITTAL, T1 SAGITTAL, T2 AXIAL IMAGES WERE DONE AT THE OUTPATIENT CLINIC [FIGURE 1]. UTILIZING A MICROSCOPIC APPROACH, A LEFT L5 PARTIAL HEMI LAMINECTOMY WITH FORAMINOTOMY WAS PERFORMED. THE LIGAMENTUM FLAVUM WAS REMOVED, THE DURAL SAC VISUALIZED AND SO AS TWO NERVE ROOTS WERE FOUND INTRAOPERATIVELY, BOTH OVERLYING THE HERNIATED DISC. AN EXTRUDED DISC FRAGMENT WAS FOUND TRAPPED BETWEEN THE CONJOINED NERVE ROOTS. THE LEFT-SIDED L5-S1 DISC HERNIATION STACKED UNDER THE CNR WAS SUCCESSFULLY REMOVED, FOLLOWED BY PARTIAL L5 LAMINA BONE REMOVAL, PARTIAL MEDIAL ONE THIRD SUPERIOR ARTICULAR PROCESS BONE REMOVAL AND FLAVECTOMY IN ORDER TO DECOMPRESS THE NERVE ROOTS AT THE SPINAL RECESS. WITHIN ONE POSTOPERATIVE DAY THE PATIENT WAS DISCHARGED AND IMMEDIATE IMPROVEMENT IN HER SIGNS AND SYMPTOMS. AFTER 2 WEEKS SHE REFERRED NO LEG PAIN AND DEMONSTRATED STRENGTH RECOVERY. CASE 2: A 39-YEAR-OLD MALE WITH A MECHANICAL LOW BACK PAIN THAT GOT WORSE IN THE LAST 5 MONTHS BY IRRADIATION TO THE LEFT LEG. ALSO HAD A STRAIGHT LEG RAISE TEST. **RESULTADOS:** DESPITE ITS RARITY, THE SPINE SURGEON MUST BE AWARE OF CNRS AS A POSSIBLE LUMBOSCIATIC PAIN SOURCE IN CASES IN WHICH THERE IS NO DISC COMPRESSION OR SPINAL RECESS STENOSIS. SOME FINDINGS HAVE BEEN DESCRIBED THAT MIGHT HELP THE SUSPI-

CION SUCH AS SYMPTOMS THAT MAY INVOLVE BOTH DERMATOMES AND DISCREPANCIES ON PHYSICAL EXAMINATION (SYMPTOMS AT A DIFFERENT NERVE ROOT THAN THE HERNIATED DISC) ALTHOUGH THERE IS NO STUDY OR TEST WHICH HAS IDENTIFIED ANY SPECIFIC OR SENSITIVE CLINICAL PATTERN OR SIGN THAT DISTINGUISHES CNR AS A SOURCE OF PAIN FROM OTHER ETIOLOGIES OF SCIATICA. LACK OF STRAIGHT LEG RAISING SIGN MAY SUGGEST CNR OVER DISC HERNIATION, AS THIS SIGN GENERALLY INDICATES AN ACUTE INFLAMMATORY RESPONSE. IN THIS CASE, PREVIOUSLY TO SURGERY, WE COULD ONLY BELIEVE PATIENT'S PAIN WAS RELATED TO THE EXTRUDED DISC HERNIATION ITSELF, AS USUAL, SINCE WE DID NOT ANTICIPATE CNR DIAGNOSIS BY THE MRI STUDY. AFTER SURGERY, WE CAN ONLY SPECULATE THAT PATIENT'S SYMPTOMS WERE RELATED TO THE DISC HERNIATION, SINCE IT'S REMOVAL RESOLVED THE PATIENT'S PAIN. IF THE CLINIC DOES NOT IMPROVE, IT IS KNOWN THAT SIZE OF CNR SLEEVE ALSO MAKES IT VERY SUSCEPTIBLE TO ENTRAPMENT AND COMPRESSION BY THE PEDICLE OR ARTICULAR FACETS DURING NORMAL MOVEMENT AND A PARTIAL PEDICULECTOMY MUST BE CONSIDERATE. THE AWARENESS ABOUT CNR BY RADIOLOGIC FINDINGS IS A VALUABLE INFORMATION IN ORDER TO EXECUTE THE SURGICAL PLAN ANATOMICAL SAFELY, WITHOUT SURPRISES OR COMPLICATIONS. SOME TOOLS WERE DESCRIBED IN LITERATURE AS DENSITY DIFFERENCE IN CT SCAN AND UNTIL THE ADVENT OF MRI, MYELOGRAPHY HAD BEEN THE BEST WAY TO DIAGNOSE A CNR BY THE CORONAL VIEW. NOWADAYS THE MRI CORONAL T2 SEQUENCE IS RECOMMENDED TO STUDY THE TRACK WHEN CNR IS SUSPECTED. KANG ET AL. DESCRIBED THE SAGITTAL SHOULDER SIGN THAT OCCUR IN 90,9% OF SURGICALLY DOCUMENTED CASES OF CNR COMPROMISED BY HERNIATED DISCS. ALSO, BY THE SAGITTAL VIEW IF AN ENLARGED CRANIOCAUDAL ELONGATION OF THE NEURAL FORAMEN IS SEEN BECAUSE OF AN ABERRANT HYPOPLASTIC PEDICLE. THAT ASSOCIATION WITH CNR COULD PREVENT UNNECESSARY SURGERY. CNR ARE FREQUENTLY MISTAKEN BY HERNIATED DISCS. AS MENTIONED, HERNIATED DISCS WOULD ALSO BE DENSER THAN THE THECAL SAC. TOPOGRAPHICALLY, THE HERNIATED DISC FRAGMENTS WOULD AGAIN BE SEEN IN THE INTERVERTEBRAL DISC SPACE AS OPPOSED TO CONJOINED NERVE ROOTS THAT ARE BEST VISUALIZED AT THE LEVEL OF THE PEDICLE. ASYMMETRY OR POUCHING OUT OF THE SUBARACHNOID SPACE ON AXIAL VIEW IS ALSO SUGGESTIVE OF A CONJOINED NERVE ROOT. AS LUMBAR DECOMPRESSION SURGERY APPROACHES GOT SMALLER (ENDOSCOPIC, TUBULAR, ETC...) WE MUST HAVE COMPLETE NERVE ROOT ANATOMY UNDERSTANDING BEFORE SURGERY IN EVERY CASE, SINCE THIS IS THE ONLY WAY TO PREVENT IATROGENIC INTRAOPERATIVE NEURAL INJURY. IN CNR CASES, THE NERVE INJURY MAY OCCUR DUE TO MANIPULATION OR EXCESSIVE RETRACTION, ONCE THERE IS LIMITED MOBILITY OF THE NERVE ROOT. ANOTHER POTENTIAL TYPE OF INJURY MECHANISM IS THE DIRECT IATROGENIC NERVE CUT, WHICH MAY OCCUR IF THE SURGEON IS NOT AWARE OF A SECOND NERVE ROOT OVERLYING THE DISC. **CONCLUSÕES:** CONJOINED NERVE ROOT ANOMALIES ARE RARE AND CHALLENGING TO DIAGNOSE PREOPERATIVELY. THIS SCENARIO MAY LEAD TO IATROGENIC NERVE ROOT INJURY, PARTICULARLY DURING MINIMALLY INVASIVE SURGERIES WITH LIMITED VISUALIZATION. THE SPINE SURGEON MUST BE AWARE OF THIS ANATOMIC VARIATION AND ALWAYS STUDY CAREFULLY THE NERVE ROOT ANATOMY AND IT'S RELATION TO THE DISC HERNIATION TO AVOID POSTOPERATIVE NEUROLOGIC DEFICIT AND NEUROPATHIC PAIN.

83. COMBINAÇÃO DE TÉCNICAS DE GOEL PARA FIXAÇÃO DO ATLAS E WRIGHT PARA ESTABILIZAÇÃO DO ÁXIS NA ARTRITE REUMATÓIDE

KAROLINE SCHERECK KREITMEYER¹, YVENS BARBOSA FERNANDES¹, ANDREI FERNANDES JOAQUIM¹, THAMARA DE ALMEIDA SILVA TEODORO¹, PAULO RICARDO CORREIA SOARES¹

1. CAMPINAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: RELATO DE CASO SOBRE TÉCNICAS

PARA ARTRODESE DE C1-C2 NA ARTRITE REUMATÓIDE. MATERIAIS E MÉTODOS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DE ARTIGOS CIENTÍFICOS PESQUISADOS NO PUBMED, SCIENCE DIRECT, THE COCHRANE DATABASE. RESULTADOS: PACIENTE SEXO FEMININO, 56 ANOS, APRESENTANDO DOR CERVICAL AXIAL IMPORTANTE E POUCO RESPONSIVA A ANALGÉSICOS. ANTECEDENTE DE ARTRITE REUMATÓIDE EM TRATAMENTO. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL DEMONSTROU ALARGAMENTO DA DISTÂNCIA ATLANTO-AXIAL DE 9,4MM, ASSOCIADO A TECIDO COM DENSIDADE PARTES MOLES, SUGESTIVO DE PANNUS, PROMOVENDO ESTENOSE SEVERA DO CANAL VERTEBRAL E COMPRESSÃO BULBO-MEDULAR. RAIO-X EM FLEXÃO E EXTENSÃO COM ACENTUAÇÃO DA SUBLUXAÇÃO C1-C2. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL COM IRREGULARIDADE DO ODONTÓIDE, QUE APRESENTA EROSÕES SIGNIFICATIVAS E PEQUENOS CISTOS. PRESENÇA DE RETROLISTESE DO DENTE PROMOVENDO ESTENOSE CANAL MEDULAR. PEQUENO DERRAME ARTICULAR C1-C2 ASSOCIADO A ESPESSAMENTO SINOVIAL, COM REALCE PÓS CONTRASTE COMPATÍVEL COM SINOVITE. ACHADOS COMPATÍVEIS COM ARTRITE REUMATÓIDE E INSTABILIDADE ATLANTO-AXIAL. PACIENTE FOI SUBMETIDA A ARTRODESE C1-C2 COM OBJETIVO DE ESTABILIZAÇÃO E DESCOMPRESSÃO MEDULAR INDIRETA COM REDUÇÃO DA SUBLUXAÇÃO, A PARTIR DA COMBINAÇÃO DE DUAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS CARACTERIZADAS POR PARAFUSOS DE MASSA LATERAL EM C1 (DESCRITA ORIGINALMENTE POR GOEL) E PARAFUSOS TRANSLAMINARES EM C2 (DESCRITA POR WRIGHT). PÓS OPERATÓRIO SEM INTERCORRÊNCIAS. CERCA DE 85% DOS PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE TEM ENVOLVIMENTO DA COLUNA VERTEBRAL, PRINCIPALMENTE CERVICAL, PODENDO APRESENTAR DOR CERVICAL AXIAL E SINTOMAS MIELOPÁTICOS. UMA DAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DA ARTRITE REUMATÓIDE É A FORMAÇÃO DE PANNUS, CAMADA ANORMAL DE TECIDO DE GRANULAÇÃO, QUE LEVA A DESTRUIÇÃO DO ODONTÓIDE, COMPRESSÃO DIRETA E INDIRETA DA MEDULA E INSTABILIDADE ATLANTO-AXIAL. A UTILIZAÇÃO PRECOCE DE DROGAS MODIFICADORAS DO CURSO DA DOENÇA PODE DIMINUIR E ATÉ MESMO PREVENIR O DESENVOLVIMENTO DE INSTABILIDADE. CONCLUSÕES: A FIXAÇÃO C1-C2 APRESENTA UM DESAFIO TÉCNICO EM VIRTUDE DA ANATOMIA LOCAL, DESTACANDO-SE OS RISCOS DE LESÃO DA ARTÉRIA VERTEBRAL (DEVENDO SER REALIZADO ESTUDO DO TRAJETO NO PRÉ-OPERATÓRIO) E A VIOLAÇÃO DO CANAL MEDULAR QUE PODE CAUSAR DÉFICIT NEUROLÓGICOS. NESTE CASO DESCREVEMOS UMA COMBINAÇÃO DE DUAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS DIFERENTES QUE PERMITE ESTABILIZAÇÃO IMEDIATA DO SEGMENTO ACOMETIDO E MELHORA DOS SINTOMAS.

84. PARAPLEGIA POR CISTICERCOSE INTRA-AXIAL E EXTRA-MEDULAR: UM RELATO DE CASO

MARIA IZABEL MACEDO CAMPOS¹, GUSTAVO PINTO CORREIA¹, GABRIELA CAVALIERI DE OLIVEIRA¹, MARCIUS BENIGNO MARQUES DOS SANTOS¹, MARCELO ALVAREZ RODRIGUES¹, PAULO RICARDO SCHMIDT¹, LÁZARO DE LIMA¹, MARCOS HENRIQUE LIMA GALLES¹

1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (UNIOESTE), PARANÁ, PR, BRASIL.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: MULHER, BRANCA, 66 ANOS, PROCUROU ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA DEVIDO A DÉFICIT MOTOR PROGRESSIVO EM MEMBROS INFERIORES EM UM PERÍODO DE 20 DIAS. COM INÍCIO DISTAL E PROGRESSÃO PARA PROXIMAL. ASSOCIADO A PARESTESIA E HIPOESTESIA EM MEMBROS INFERIORES, ALÉM DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA. AO EXAME FÍSICO APRESENTAVA PARAPLEGIA CRURAL COM ARREFLEXIA EM AQUILEU E PATELAR. MATERIAIS E MÉTODOS: REALIZOU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBOSSACRA QUE EVIDENCIOU LESÃO CÍSTICA NO NÍVEL DE L3, CAUSANDO REDUÇÃO DO CANAL VERTEBRAL E COMPRESSÃO DA CAUDA EQUINA, COM REALCE PERIFÉRICO PELO USO DE CONTRASTE GADOLÍNEO ENDOVENOSO. PELO LAUDO DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, A LESÃO ERA SUGESTIVA DE ARACNOIDOCELE OU LESÃO CÍSTICA POR NEUROCESTICERCOSE. DEVIDO AO DÉFICIT MOTOR E A COMPRESSÃO DA CAUDA EQUINA, FOI INDICADO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA A EXÉRESE DA LESÃO. REALIZADO LAMINECTOMIA NO NÍVEL DE L3, ABERTURA DA DURA-MATER E EXTRAÇÃO DO CISTICERCO. RESULTADOS: APÓS O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, A PACIENTE APRESENTOU MELHORA PROGRESSIVA E ASCENDENTE DO DÉFICIT MOTOR, COM INÍCIO DO RETORNO DA MOTRICIDADE EM HÁLUX DIREITO. APÓS 4 DIAS DE PÓS-OPERATÓRIO, JÁ CONSEGUIA DEAMBULAR CURTAS DISTÂNCIAS COM AUXÍLIO DE ANDADOR. CONCLUSÕES: A CISTICERCOSE É UMA INFECÇÃO PARASITÁRIA MUITO COMUM EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO, SENDO TAMBÉM, O PARASITA MAIS COMUM QUE ACOMETE O SISTEMA NERVOSO CENTRAL. CONTUDO, A NEUROCESTICERCOSE RAQUÍDEA É UM ACOMETIMENTO RARO. USUALMENTE É UMA LESÃO ÚNICA, QUE MUITO PROVAVELMENTE OCORRE ATRAVÉS DA CIRCULAÇÃO ARTERIAL. O SÍTIO DA INFECÇÃO, EM SUA MAIORIA, É PROPORCIONAL A REGIÕES COM MAIOR IRRIGAÇÃO SANGUÍNEA, SENDO A REGIÃO TORÁCICA, A DE MAIOR ACOMETIMENTO PELA NEUROCESTICERCOSE RAQUÍDEA, E A LOMBOSSACRAL, A REGIÃO MENOS ACOMETIDA. OS SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS PELA INFECÇÃO, SÃO EM SUA MAIORIA CAUSADOS PELO EFEITO DE MASSA DIRETO DO PARASITA SOBRE A MEDULA OU RAÍZES NERVOSAS, SIMULANDO UMA SÍNDROME DE COMPRESSÃO MEDULAR OU SÍNDROME DE CAUDA EQUINA. ALÉM DISSO, TAMBÉM PODE CAUSAR REAÇÃO INFLAMATÓRIA LOCAL, COM EDEMA PERILESIONAL ASSOCIADO. NO CASO APRESENTADO ACIMA, A COMPRESSÃO MEDULAR CAUSADA PELO CISTO, EXPLICA OS SINTOMAS E DÉFICITS DA PACIENTE.