

# BORJ



**BOLETIM DE ORTOPEDIA DO RIO DE JANEIRO**  
ÓRGÃO OFICIAL DA REGIONAL DO RIO DE JANEIRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



## 41º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia

Maior evento da especialidade promove o grande debate  
entre a evidência e a experiência

**Global Forum on  
Trauma Care 2009**

Fórum de Trauma

**Comitês de especialidade**

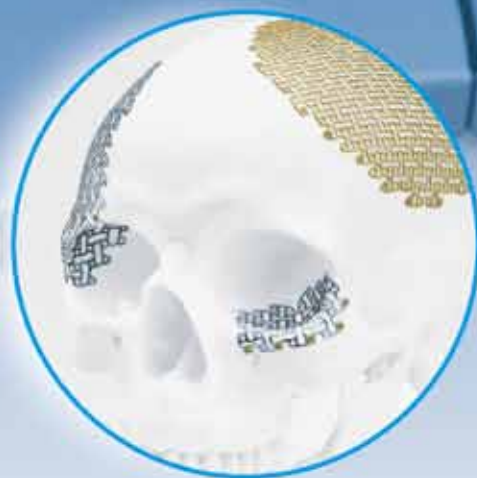
• Ligamento cruzado anterior

**Entrevista**

Dr. Geraldo Motta



# Qualidade, eficácia e segurança.



RPM Comércio de Material Hospitalar Ltda.  
Av. das Américas, nº 3.693 - Bloco 02 - Gr. 204  
Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ  
Telefax: (21) 2439-4003  
rpm@rpmhospitalar.com.br



Certificação ANVISA RDC 59



Top Set Comércio de Material Hospitalar Ltda.  
Av. das Américas, nº 3.120 - Bloco 01  
Salas 113 a 116 - Barra da Tijuca  
Rio de Janeiro - RJ - Telefax: (21) 2439-8484  
topset@topsethospitalar.com.br

Chegamos ao final de mais um ano na SBOT-RJ. E o ano de 2009 foi especialmente cheio de atividades, novidades e mudanças em nossa Sociedade.

Dentre as atividades, foram várias jornadas, cursos, congressos, reuniões dos comitês de especialidade, etc. A SBOT-RJ participou ativamente da organização e realização do 10º Congresso Brasileiro de Trauma Ortopédico, do ORTRA Internacional e do 41º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia, além do Fórum Global de Trauma. Todos os eventos realizados no Rio de Janeiro, gerando grande atividade, movimentação e trabalho para toda a diretoria e funcionários da SBOT-RJ.

As novidades também foram muitas, novos cursos, alterações nas jornadas, novas atividades na sede, relançamento do BORJ, este jornal que se tornou veículo e elo de ligação dos ortopedistas do nosso estado.

E mudanças também ocorreram, mas, sem dúvida, a mais importante foi a mudança de nosso Regimento Interno. Seguindo as orientações de nossa sociedade mãe, o mandato das diretorias regionais passou a ser de um ano. Na verdade, a grande maioria das Regionais SBOT já tinha se adequado à nova norma, faltando apenas duas regionais, sendo que a SBOT-RJ era uma delas. Por isso, durante o 41º CBOT, realizamos uma Assembléia Geral Extraordinária com votação para a mudança, que foi decidida pela ampla maioria.

Portanto, a partir do ano de 2011, as novas diretorias passam a ter seu mandato de 1 (um) ano, o que certamente dinamizará ainda mais a nossa Sociedade.



Por fim, gostaria de desejar um Feliz Ano Novo aos colegas ortopedistas, agradecer à minha diretoria e aos funcionários pelo árduo trabalho e dedicação, além e acima do dever no ano de 2009.

A todos o meu melhor muito obrigado.

**Dr. Ney Pecegueiro do Amaral**  
Presidente da SBOT/RJ

#### Agradecimento

A Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia do Rio de Janeiro agradece às empresas listadas ao lado que contribuíram para a realização do Programa de Educação Continuada da SBOT-RJ no ano de 2009.

Novartis Biociências  
Merck Sharp&Dohme  
Merck S/A  
Novum Salutaris

FK Viagem e Turismo  
Word Medical  
RPM Ltda

#### DIRETORIA BIÊNIO 2009-2010

Presidente: **Ney Coutinho Pecegueiro do Amaral**;

1º Vice-Presidente: **Paulo Roberto Barbosa de Toledo Lourenço**;

2º Vice-Presidente: **Vincenzo Giordano Neto**;

1º Secretário: **Carlos Eduardo Franklin**;

2º Secretário: **Marcos Noberto Giordano**;

3º Secretário: **Marcelo Costa de Oliveira Campos**;

4º Secretário: **Henrique de Barros Pinto Neto**;

1º Tesoureiro: **Carlos Alfredo Lobo Jasmin**;

2º Tesoureiro: **Carlos Alberto de Araújo Neto**;

3º Tesoureiro: **Tito Rocha**;

4º Tesoureiro: **Jose Paulo Gabi**.



Eventos 2010 - Aguarde programação  
INFORMAÇÕES: (21) 2543-3844 / [www.sbotrj.com.br](http://www.sbotrj.com.br)

#### REUNIÕES DOS COMITÊS DE ESPECIALIDADES

##### • 1ª semana do mês:

- Terças-feiras • Comitês de Pé das 19:30 às 22h
- Quartas-feiras • Comitês de Ombro das 20 às 22h
- Quintas-feiras • Comitês de Tumor das 19 às 20h

##### • 2ª semana do mês:

- Terças-feiras • Comitês de Quadril das 20 às 22h
- Quintas-feiras • Comitês de Joelho e Artroscopia das 20 às 22h

##### • 3ª semana do mês:

- Terças-feiras • Comitês de Coluna das 19 às 20h
- Quintas-feiras • Comitês de Trauma das 20 às 22h

##### • 4ª semana do mês:

- Segundas-feiras • Comitês de Mão das 20 às 22h
- Quartas-feiras • Comitês de Pediatria das 19 às 20:30h
- Quintas-feiras • Reunião da Accoerj das 19 às 22h

BORJ

## Dr. Geraldo Motta

*Eleito, em assembléia realizada durante o 41º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia, para a presidência da SBOT, na gestão de 2012, Dr. Geraldo Motta fala de seus planos para a entidade. Confira!*



> BORJ - Presidente eleito da SBOT para a gestão que segue a do Dr. Osvandré Lech, como o Sr. pessoalmente encara esse desafio e quais são, em sua opinião, os temas e metas que gostaria de levar adiante em sua gestão?

*Dr. Geraldo Motta* – A SBOT é respeitada como uma das sociedades médicas mais organizadas do nosso país. Dessa forma, uma das principais responsabilidades que teremos será conservar e, em seguida, desenvolver esse imenso patrimônio construído com o trabalho, dedicação e competência dos que ocuparam a Presidência de nossa sociedade. Portanto, além de oferecer educação continuada a seus membros, oportunidade de ensino e treinamento a seus futuros membros, será necessário contribuir junto com as demais entidades e profissionais responsáveis para que o ortopedista tenha condições de trabalho dignas, assim como, remuneração compatível com o exercício da nossa profissão.

> BORJ - A Ortopedia e Traumatologia fluminense tem seu destaque no cenário nacional pela produção científica e qualidade de seus profissionais. De que forma ter a sociedade nacional presidida por um especialista do Rio de Janeiro espelha o excelente padrão do ensino e da prática da especialidade no estado?

*Dr. Geraldo Motta* – A SBOT foi presidida por destacados especialistas, que representaram as mais variadas áreas geográficas de nosso país. Dessa maneira, será

uma honra e também imensa responsabilidade poder representar os meus colegas e amigos do Estado do Rio de Janeiro.

> BORJ - Como o Sr. vê as grandes campanhas públicas empreendidas pela SBOT? Elas estão entre seus planos para a entidade?

*Dr. Geraldo Motta* – A responsabilidade da SBOT para com a sociedade civil como um todo é inquestionável. Uma das formas de contribuirmos é justamente através da promoção de campanhas de educação e esclarecimento sobre as doenças que acometem o sistema musculoesquelético.

> BORJ - De que forma a SBOT pode ser ainda mais útil ao especialista na realização de eventos, presenciais ou não, que preparem o ortopedista para somar os pontos necessários à revalidação de título? Essa

pergunta pode incorporar mais um aspecto: como o Senhor vê o programa de educação continuada da SBOT Nacional e o que pode e deve ser somado à essa ferramenta de atualização?

*Dr. Geraldo Motta* – Nos dias de hoje, os modernos meios de comunicação nos permitem organizar atividades de ensino e atualização que podem atingir um sem número de colegas, utilizando técnicas extremamente atrativas para o ensino. Por outro lado, as atividades presenciais, que permitem o contato próximo dos grandes especialistas com os colegas de todo o país, são uma forma insubstituível de transferência de conhecimento e troca de experiências, devendo ser mantidas.

> BORJ - Em que aspectos a 41ª edição do CBOT, ocorrida em novembro, foi original e em quais tão somente confirmou a sua tradição de fórum aberto para discussão e atualização das questões que efetivamente somam aos ortopedistas brasileiros?

*Dr. Geraldo Motta* – O Congresso Brasileiro é o maior fórum de ensino, atualização e, mais ainda, de divulgação de novas tecnologias que tanto entusiasma os profissionais a seguirem na procura do melhor que pode ser oferecido aos nossos doentes, objetivo maior de nossa atividade profissional. Além disso, é sempre oportunidade de interação social, o que é de extrema importância para todos nós.

“

Será uma honra e também imensa responsabilidade poder representar os meus colegas e amigos do Estado do Rio de Janeiro.

”

# 41º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia

Maior evento da especialidade promove o grande debate entre a evidência e a experiência



**E**m sua 41ª edição, o Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia ousou. Sob o comando do Dr. Renato Graça, os três dias do maior evento da comunidade ortopédica brasileira somaram ao modelo tradicional das reuniões científicas da especialidade sessões inovadoras, como as mesas de confrontação “Evidência Versus Experiência”, os Dias de Especialidade em períodos diferentes, permitindo aos especialistas a participação em atividades de mais de uma especialidade, e um espaço generoso às apresentações de temas livres.

O resultado foi a resposta positiva e entusiasmada dos quase cinco mil participantes, que acompanharam as centenas de sessões, entre cursos, simpósios, conferências, apresentações de pôster, temas livres e debates que marcaram o 41º CBOT, realizado entre os dias 31 de outubro e 2 de novembro, no Riocentro, no Rio de Janeiro.

Para o presidente do Congresso, Dr. Renato Graça, “foram quatro dias, incluindo o pré-congresso, repletos da vivência ortopédica, convivendo com colegas e desfrutando de sessões memoráveis, com amplos e enriquecedores debates, que proporcionaram

**Fotos** À esquerda, o registro de uma das muitas salas que receberam os milhares de congressistas presentes ao 41º CBOT. Acima, a intensa movimentação na exposição comercial.

aos presentes um painel amplo dos principais temas das especialidades, agradando do generalista ao especialista dos principais e mais avançados centros ortopédicos do nosso país. Um presente aos que vieram ao Rio de Janeiro e puderam viver um pouco a magia da Cidade Maravilhosa, e também aos ortopedistas fluminenses, que puderam ciceronear seus colegas, fazendo do evento, mais do que uma reunião científica, um encontro entre amigos”.

Presidida pelo Dr. Tarcísio Eloy de Pessoa Barros, a Comissão Científica do 41º CBOT desenvolveu uma programação voltada ao ortopedista generalista, transmitindo os conceitos mais atuais sobre as principais doenças ortopédicas presentes na clínica diária dos especialistas. Ainda assim, segundo o Dr. Tarcísio, o programa científico incluiu sessões onde o co-



Dr. Romeu Krause – Presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

nhecimento e avanços tecnológicos desenvolvidos nos principais centros de ortopedia do país pudessem ser apresentados aos especialistas de todas as regiões brasileiras.

“O objetivo, explica o presidente da Comissão Científica, foi também o de atualizar o generalista e prepará-lo para o que poderá se tornar padrão nos próximos anos. Esse aspecto também se revelou naquilo que foi o grande destaque do congresso: a sessão Evidência Versus Experiência, onde

colegas, que junto à Associação Médica Brasileira, participaram do projeto Diretrizes, visando organizar o que há de evidência científica sobre vários temas de interesse da Ortopedia e Traumatologia, tiveram oportunidade de apresentar a conclusão deste trabalho e de discutirem casos com renomados colegas com vasta experiência nestes mesmos assuntos. Para a platéia, serviu para mostrar que a verdade está na conjunção da evidência científica aliada à experiência clínica, numa situação que pode ser chamada de medicina baseada em competência”.

Com a presidência de honra do Dr. José Sergio Franco, um “capixaba carioca a serviço da Ortopedia e Traumatologia”, como ele mesmo se definiu, o congresso brasileiro teve como entidade homenageada a Sociedad Latino Americana de Ortopedia y Traumatologia (SLAOT) e palestrantes internacionais de grande renome como os Drs. Alfonso E. Pino, Charles E. Johnston, Geoffrey Miller, John Furia, Jose G. Ramon, Maxime Coles, Michael Baumgaertner, Michael Fracchia, Robert J. Buckle e Steven Rabin (Estados Unidos); Djordje Lazovic, Frank Lampe, Hans-Peter-Knäbel, Heinz Jürgen Eichhorn, Helmut Neuland, Ludger Gerdesmayer e Peter Angele (Alemanha); Carlos de Anquín, Daniel Moya, Federico Manfrin e Fernando Silberman (Argentina); Fernando Fonseca e José de Morais Neves (Portugal); Jorge Ramirez Leon e Nicolás Restrepo (Colômbia); Cecil Hershler (Canadá); Diego Fernandez (Suíça); Felipe Gómez (México); Felipe Toro (Chile); Javier Castro Figuls (Costa Rica); Karl-Goran Thorngren (Suécia); Luiz Francescoli (Uruguai); Marco Antonio Ruiz Pitano (Panamá), Paúl de Windt (Antilhas Holandesas); Tomás Alonso (Paraguai) e Wolfgang Schaden (Áustria).

A 41ª edição do CBOT foi também o último congresso brasileiro sob a gestão do Dr. Romeu Krause no comando da SBOT, que já no início de 2010 terá como presidente o



Dr. Renato Graça

Dr. Claudio Santili. Para o presidente que parte, o congresso foi “o grande e inesquecível encontro do ano, com programação abrangente e sob a chancela da entidade que não só teve o prazer de dirigir, mas que construiu sua importância e história na valorização de seus associados”.

Já para o Dr. Claudio Santili, que inicia sua jornada à frente da entidade maior, o grande encontro da comunidade ortopédica selou a razão que faz hoje da SBOT uma das três mais importantes sociedades ortopédicas de todo o mundo. “A excelência científica da SBOT Nacional, expressa também na intensa atividade de formação e atualização de suas regionais, tem no congresso brasileiro da especialidade o seu grande palco. O evento realizado no Rio de Janeiro foi mais uma vez a prova do que sabemos e que nos estimula a cada vez mais procurar formas e modelos que venham fazer de cada novo congresso um evento ainda melhor. E é nessa direção que caminha a organi-



Dr. Tarcísio Eloy de Pessoa Barros



Dr. Claudio Santili

uma completa programação científica. Tinha que oferecer uma programação social que expressasse o espírito festivo e acolhedor da cidade. Sob o comando da Sra. Regina Diniz Graça, a Comissão Social ofereceu aos congressistas e acompanhantes ocasiões perfeitas para o conagraçamento, diversão e o prazer de todos os participantes. Dentre os eventos marcantes da programação social, a Abertura Solene, no Riocentro, com o show " História do Rio de Janeiro através da dança", com a Cia de Dança Jaime Arôxa, e chorinho com o grupo Receita de Choro; Jantar de Boas Vindas, na Villa Riso, com show da Orquestra Tabajara e Bateria da Mangueira; e a Festa do Ortopedista, no Citibank Hall, com show de Jorge Benjor e o Grupo Eletrosamba.

zação do 42º CBOT, que se realizará em novembro do ano que vem, em Brasília".

O congresso realizado no Rio de Janeiro marcou ainda a realização da Assembléia Geral da entidade e a eleição do Dr. Geraldo Motta para a presidência da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, na gestão 2012 (veja entrevista nesta edição).

Um grande evento, recebido de braços abertos por uma maravilhosa cidade, tinha que oferecer mais do que



Dr. José Sergio Franco

## 12º Curso Simulado da SBOT – RJ

No último dia 5 de dezembro, os residentes R3 de Ortopedia do Rio de Janeiro participaram do 12º Simulado da SBOT-RJ, desta feita com provas orais e físicas. Coordenado pela CEC-RJ, o simulado, que reuniu no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) residentes e 60 examinadores, é parte integrante do trabalho desenvolvido pela CEC-SBOT/RJ na longa preparação dos residentes para a prova de título de especialistas em Campinas.



SIMULADO  
SBOT-RJ

## Global Forum on Trauma Care 2009

O encontro, realizado em outubro no Rio de Janeiro, reuniu representantes de 101 países, membros das federações mundiais de profissionais que atendem emergências e traumas e discutiu políticas públicas governamentais para o combate da epidemia mundial denominada trauma. Patrocinado pela Organização Mundial de Saúde e organizado pelo Dr. Marcos Musafir, o evento trouxe ao Rio o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, e contou com a presença dos Secretários da Saúde do Estado e do Município, Drs. Sergio Cortes e Hans Dohmann. Confira a entrevista com o Dr. Marcos Musafir.

**BORJ – Que estratégias foram discutidas durante o fórum na direção de elevar o trauma à lista de prioridades da agenda global de saúde?**

*Dr. Marcos Musafir* – As principais estratégias debatidas foram as relacionadas ao novo conceito de trauma, sua repercussão na saúde, na vida das pessoas, e nos tópicos a se destacar em mensagens-chave globais, adaptáveis à cada cultura, além da forma de implementá-los nos países membros.

**BORJ – O trauma é uma das principais causas de morte e invalidez no mundo?**

*Dr. Marcos Musafir* – Estatísticas da OMS, baseadas nos dados dos Ministérios da Saúde dos 193 países membros da ONU/OMS, comprovam que somadas, a AIDS, malária e

tuberculose matam 3,8 milhões de pessoas por ano, ao passo que violência, traumas e causas externas matam 5,2 milhões. Destas, 2 milhões de pessoas poderiam não morrer se houvessem sensíveis melhorias no atendimento às vítimas. E as seqüelas também seriam consideravelmente (50%) menores.

**BORJ – De que forma a Resolução 60.22 da Assembléia Mundial de Saúde, e com recomendações concretas, podem alavancar os serviços de atendimento ao trauma globalmente?**

*Dr. Marcos Musafir* – A Resolução 60.22 determina que maior atenção seja dada ao tema pela OMS e seus membros. No Fórum Global, realizado no Rio de Janeiro, foi consolidada também a criação da Aliança Global para Redução de Vítimas de Trauma, reunindo, sem ônus, os profissionais que atendem ao trauma em todos os países – cerca de nove mil potenciais envolvidos –, como associações médicas, de enfermagem, universidades, hospitais, ONGs, governos, empreendedores, fornecedores, pacientes e outros. Só no Brasil teremos 120 instituições participando. Se todos os 193 países apoiarem com números expressivos, será uma das maiores Alianças Globais da OMS.

**BORJ – Quantos delegados e de quantos países estiveram no Rio de Janeiro para o evento?**

*Dr. Marcos Musafir* – Foram 126 delegados, de 101 países, incluindo 30 delegados do Trauma Checklist.

**BORJ – Conte-nos sobre a sessão do fórum que discutiu a questão do trânsito em nosso país. O que de mais importante foi discutido e**



**de que forma as autoridades brasileiras estão envolvidas com o tema do trauma no trânsito.**

*Dr. Marcos Musafir* – É importante destacar que o Fórum realizou-se em quatro eventos:

- O Fórum Global, que debateu as estratégias para que o trauma seja elevado à condição de prioridade nos sistemas de saúde mundialmente.

- O Seminário Internacional de Trânsito, onde o Dr. Etienne Krug pode conhecer os esforços realizados no Brasil, por todas as áreas, para um trânsito mais seguro, saudável e pacífico. E apresentou metas ideais, debateu e apoiou a fundação da ABRAVITA – Aliança Brasileira pra Redução de Vítimas no Trânsito, sendo o membro de honra, e com apoio da ABRAMET, SBOT, SBOT-RJ, BS, MS e SESDEC.

- A elaboração piloto do Trauma Checklist da OMS com a mesma sistemática utilizada por pilotos de aeronaves ao se prepararem para decolar, definindo passos obrigatórios para não permitir falhas e minimizar erros. Em andamento e com apoio da AO Foundation.

- O Seminário Internacional da SESDEC de Atendimento ao Politraumatizado, com palestras dos experts em trauma dos cinco continentes, com atualização de conceitos em trauma, e com grande apoio do CREMERJ, AMB, CFM, Grupo de Trauma do Rio de Janeiro, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, SBOT, Associação Brasileira de Medicina Intensiva, EFORT, SLAOT, SICOT, Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – Regional Rio de Janeiro, além de 880 inscritos. Enfim, um verdadeiro sucesso!



# Ligamento cruzado anterior

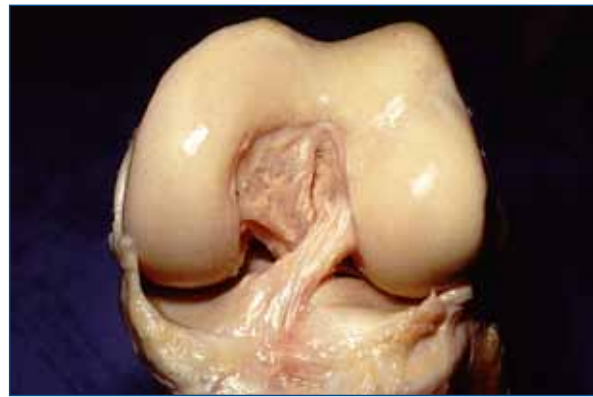
**Dr. Rodrigo Pires E. Albuquerque** – Médico ortopedista,  
coordenador do Setor de Cirurgia de Joelho do SOT-HMMC

O ligamento cruzado anterior (LCA) apresenta, em média, 38 mm de comprimento e 11 mm de largura. Origina-se na superfície pósteromedial do côndilo femoral lateral, inserindo-se na tibia, na área intercondilar anterior (**Figura 1**). É formado por duas bandas entrelaçadas, a ântero-medial e a póstero-lateral. A banda ântero-medial é mais longa e fica tensa em flexão; a póstero-lateral é mais espessa e curta e tensiona-se em extensão.

O LCA é um restritor primário do joelho, sendo responsável por mais de 80% da estabilização anterior da tibia em relação ao fêmur. Secundariamente, o LCA atua na restrição da rotação tibial e, em menor proporção, no movimento da varo-valgo durante a extensão do joelho.

O estudo anatômico das inserções do LCA tem sido extremamente discutido na literatura mundial nos últimos anos. É estimado que 10 a 30% dos pacientes, após a reconstrução do LCA, não obtém a necessária estabilidade para retornar ao status prévio da lesão. Em atletas, principalmente mulheres, há uma tendência a reruptura em torno de 20% em algumas séries. Em pesquisas com joelhos estáveis e com túneis bem posicionados, a análise cinemática da marcha e dos movimentos apresenta anormalidades. Muitos pacientes desenvolverão alterações degenerativas após a lesão.

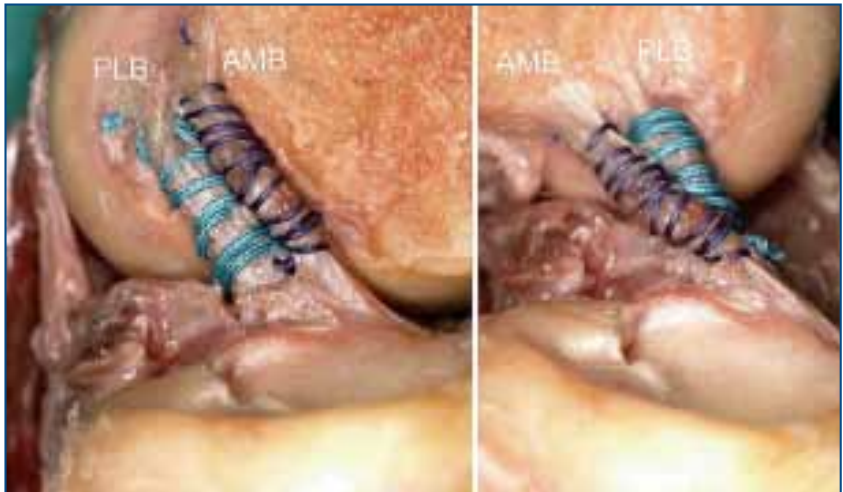
A manutenção da isometria, nas reconstruções com banda única, é fundamental para



**Figura 1** - Peça anatômica do joelho

o sucesso do tratamento cirúrgico. Diversas pesquisas observaram excelentes avaliações subjetivas e funcionais de pacientes com reconstrução do LCA com banda única, porém com persistência de uma instabilidade rotacional. Por isso muitos cirurgiões ortopédicos vêm preconizando e difundindo a reconstrução do LCA com duas bandas (ântero-medial e póstero-lateral), com o objetivo de reproduzi-lo anatomicamente e assim tentar manter de uma forma mais adequada as propriedades biomecânicas do joelho (**Figura 2**).

Na reconstrução do LCA com banda única, a confecção do túnel tibial segue uma sistemática. O ponto de referência é o centro anatômico de inserção do LCA. Referências adicionais são: o ligamento cruzado posterior, pois se sabe que o túnel tibial bem posicionado fica cerca de 7mm anterior a esse ligamento;



**Figura 2** - LCA com suas bandas ântero-medial e pótero-lateral individualizadas

a borda interna do corno anterior do menisco lateral ou o ponto das eminências condilares.

O comprimento adequado e a direção correta do túnel tibial, durante a reconstrução do LCA, são 3 cm distal à linha articular e cerca de 1,5 cm medial ao tubérculo. É utilizado um guia tibial com angulação de 55°.

Através do túnel tibial constrói-se o túnel femoral clássico. O ponto ideal é o centro anatômico da origem femoral do LCA, o qual se situa em torno de 2mm anterior à borda da cortical posterior do côndilo lateral do fêmur. A orientação de inclinação é na posição de 11h para o joelho direito e de 1 h para o esquerdo.

Na reconstrução do LCA com banda única, com o objetivo de melhorar essa instabilidade rotacional do joelho, alguns autores advogam utilizar a técnica transportal para confecção do túnel femoral. Além disso, o túnel femoral fica com a inclinação e orientação mais hori-

zontal. O enxerto fica em média na posição de 10h para o joelho direito e de 2h para o esquerdo.

A reconstrução com dupla banda do LCA tem gerado inúmeras pesquisas. Os estudos evidenciam que a reconstrução com dupla banda demanda maior técnica cirúrgica e melhora a instabilidade rotacional do joelho, porém, não existe até o presente momento um sistema que avalie de forma adequada esta instabilidade rotacional; estudos de seguimento clínico de longo tempo devem ser desenvolvidos; o custo também mais elevado quando comparado com a técnica de banda única.

O LCA continua gerando inúmeras controvérsias, estimulando diversas linhas de pesquisa. O objetivo é um joelho estável tentando, reproduzir de maneira mais adequada sua biomecânica e sua função.



# SBOTPrev

## Um futuro sem traumas espera por você.

Associado SBOT-RJ, conheça o SBOTPrev, o plano de benefícios previdenciários criado exclusivamente para garantir a sua tranquilidade. Com o plano, você forma uma reserva financeira para a sua aposentadoria e ainda conta com uma renda para o caso de invalidez e uma pensão em caso de morte, garantindo também a tranquilidade de quem você ama.

Com **SBOTPrev**, seu futuro está garantido.

Ligue e faça sua adesão agora mesmo.

(21) **2543-3844**

[www.sbotprev.org.br](http://www.sbotprev.org.br)

Ou fale com um de nossos consultores:

Dib: (21) **9429-4867** / Wagner: (21) **9432-9540**

Instituidor:



Parceria Estratégica



BeThe.com



### Metasul Durom Resurfacing



### Metasul Durom L.D.H



### Spotorno

Prótese de Quadril Primária  
não Cimentada



### Burch Schneider Reforço Acetabular

Última geração com design aprimorado para atender a necessidade anatômica do quadril.

### MS 30



### Prótese de Wagner Haste de Revisão



Mais de 20 anos de sucesso clínico  
com mais de 80.000 cirurgias realizadas.


Distribuidor Rio de Janeiro:



TEL +55 21 3796-1550  
WEB [www.novumhospitalar.com.br](http://www.novumhospitalar.com.br)  
MAIL [comercial@novumhospitalar.com.br](mailto:comercial@novumhospitalar.com.br)

Distribuidor Brasil:





# O que é mais racional: correr riscos ou reduzir riscos?

## 385.000 pacientes em estudos clínicos.<sup>1</sup>

Quadril: **BERGQVIST**<sup>2</sup> (n=262)

Quadril: **PLANES**<sup>4</sup> (n=237)

Quadril/joelho: **WHITE et al**<sup>3</sup> (n=49.943)

Quadril: **TURPIE**<sup>5</sup> (n=100)

**CLEXANE**<sup>®</sup>  
enoxaparina sódica

**Contra-indicações:** Alergia à enoxaparina sódica, à heparina e seus derivados, inclusive outras heparinas de baixo peso molecular; **Interações medicamentosas:** Outros agentes antiplaquetários, incluindo os antagonistas de glicoproteína IIb/IIIa.

**Referências bibliográficas:** 1) U.S. National Library of Medicine, National Institutes of Health, PubMed [homepage na Internet], Rockville Pike, Bethesda: NLM/NIH; 2009. [capturado 2009 Mai 20], Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=PubMed>. 2) Bergqvist D, et al. Duration of prophylaxis against venous thromboembolism with enoxaparin after surgery for cancer. N Engl J Med. 2002 Mar;346(13):975-80. 3) White RH, et al. Incidence and time course of thromboembolic outcomes following total hip or knee arthroplasty. Arch Intern Med. 1998;158(14):1525-31. 4) Planes A, et al. Prevention of postoperative venous thrombosis: a randomized trial comparing unfractionated heparin with low molecular weight heparin in patients undergoing total hip replacement. Thromb Haemost. 1988;60(3):407-10. 5) Turpie AG, et al. A randomized controlled trial of a low-molecular-weight heparin (enoxaparin) to prevent deep-vein thrombosis in patients undergoing elective hip surgery. N Engl J Med. 1986 Oct;315(15):925-9.

**Informações Resumidas do Produto:** CLEXANE<sup>®</sup>(enoxaparina sódica).Indicações: tratamento da trombose venosa profunda (TVP); profilaxia do Tromboembolismo venoso (TEV) e recidivas, associados à cirurgia ortopédica ou à cirurgia geral; profilaxia do TEV e recidivas em pacientes acamados devido a doenças agudas, incluindo insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória, infecções graves e doenças reumáticas; prevenção da coagulação do circuito extracorpóreo durante hemodiálise; tratamento da angina instável e infarto agudo do miocárdio sem onda Q, administrado concomitantemente ácido acetilsalicílico (100 a 325 mg, uma vez ao dia); tratamento de infarto agudo do miocárdio com elevação do segmento ST, incluindo pacientes a serem tratados clinicamente ou com subsequente intervenção coronariana percutânea. Contra-indicações: hipersensibilidade à enoxaparina sódica, à heparina e seus derivados, inclusive outras heparinas de baixo peso molecular; hemorragias ativas de grande porte e condições com alto risco de hemorragia incontrolável, incluindo acidente vascular cerebral hemorrágico recente. Este medicamento é contra indicado na faixa etária pediátrica. Gravidez e Lactação: estudos em animais não demonstraram qualquer evidência de fetotoxicidade ou teratogenicidade. Em humanos, não existe evidência da passagem da enoxaparina sódica através da placenta durante o segundo trimestre da gravidez. Não existem informações a este respeito durante o primeiro e terceiro trimestres da gravidez até o momento. Deve-se utilizar enoxaparina sódica durante a gravidez somente se o médico considerar estritamente necessário. Não foram realizados estudos adequados, para avaliar a utilização de Clexane (enoxaparina sódica) na tromboprofilaxia em gestantes com próteses mecânicas valvulares cardíacas. Deve-se utilizar a enoxaparina sódica na gravidez, somente se o médico considerar como estritamente necessário. Não se sabe se a enoxaparina sódica inalterada é excretada no leite humano. Portanto, não se deve amamentar durante o tratamento com Clexane<sup>®</sup> (enoxaparina sódica). Interações Medicamentosas: desaconselha-se o uso concomitante com: salicilatos sistêmicos, ácido acetilsalicílico e outros AINEs, incluindo o ketorolac; dextran 40, ticlopidina e clopidogrel; glicocorticóides sistêmicos; agentes trombolíticos e anticoagulantes; outros agentes antiplaquetários, incluindo os antagonistas de glicoproteína IIb/IIIa. Este medicamento não tem interação com alimentos. Evitar ingestão de bebidas alcoólicas enquanto estiver utilizando Clexane<sup>®</sup> (enoxaparina sódica). Reações Adversas: hemorragia na presença de fatores de risco associados, como lesões orgânicas suscetíveis de sangramento, procedimentos cirúrgicos ou uso de certas associações medicamentosas que afetam a homeostasia (ver Itens: Advertências, Precauções e Interações Medicamentosas); sangramentos de grande porte incluindo sangramento retroperitoneal e intracraniano (alguns casos fatais); hematomas intra-espinhais em anestesia espinhal/epidural ou punção espinhal; trombocitopenia; reações locais (dor, hematoma e irritação local leve; no caso de aparecimento de púrpura ou placas eritematosas, infiltradas e dolorosas, deve-se interromper o tratamento com enoxaparina sódica); outras reações locais (erupções bolhosas) ou sistêmicas (anafilactóides); Casos muito raros de vasculite por hipersensibilidade cutânea foram relatados; elevações assintomáticas e reversíveis na contagem plaquetária e nos níveis de enzimas hepáticas. Casos de hipercalemia foram reportados com o uso de heparinas não-fractionadas e heparinas de baixo peso molecular. Precauções e Advertências: não administrar Clexane<sup>®</sup> (enoxaparina sódica) por via intramuscular. A enoxaparina sódica, assim como qualquer outro anticoagulante, deve ser utilizada com cautela em pacientes com alto risco de hemorragia: alterações na homeostasia, história de úlcera péptica, acidente vascular cerebral isquêmico recente, hipertensão arterial grave não controlada por medicamentos, retinopatia diabética, neurocirurgia ou cirurgia oftálmica recente, uso concomitante de medicamentos que afetem a homeostasia. Pacientes com peso abaixo do normal (mulheres <45Kg e homens <57Kg), necessitam de monitorização clínica cuidadosa, devido a um maior risco de hemorragia. Recomenda-se a realização de contagem plaquetária antes do início e regularmente durante o tratamento com enoxaparina sódica devido ao risco de trombocitopenia. Pacientes idosos (especialmente > 80anos) podem ter um aumento no risco de complicações hemorrágicas com doses terapêuticas, portanto aconselha-se monitorização clínica cuidadosa. Em pacientes com insuficiência renal, existe aumento da exposição à enoxaparina sódica, aumentando também o risco de hemorragia; deste modo recomenda-se ajuste posológico para doses terapêuticas e profiláticas, em pacientes com insuficiência renal severa (clearance creatinina <30mL/min). Recomenda-se a observação criteriosa do tempo preconizado para a introdução e remoção do cateter para anestesia espinhal e peridural. Deve-se ter atenção especial ao local do procedimento de revascularização coronária percutânea para detecção de sinais de sangramento ou formação de hematoma. O uso de enoxaparina sódica não pode ser recomendado na prevenção do tromboembolismo em pacientes com próteses valvares cardíacas por falta de estudos adequados até o momento. A enoxaparina sódica não influencia significativamente o tempo de sangramento e os testes de coagulação global, nem afeta a agregação plaquetária ou a ligação do fibrinogênio às plaquetas nas doses utilizadas para profilaxia de trombose venosa, porém pode ocorrer aumento do tempo de tromboplastina parcial ativada (TPA) e do tempo de coagulação ativada (TCA) com a administração de altas doses. As heparinas de baixo peso molecular (HBPM) devem ser usadas individualmente, pois existem diferenças básicas entre elas. A segurança e eficácia da enoxaparina sódica em crianças ainda não foram estabelecidas. Posologia e Modo de Usar: 1. Profilaxia da trombose venosa profunda e recidivas, e profilaxia do tromboembolismo pulmonar: pacientes cirúrgicos de risco moderado: 20mg uma vez ao dia; pacientes cirúrgicos de alto risco(incluindo Prótese de joelho e quadril): 40mg uma vez ao dia; a duração do tratamento depende da persistência do risco tromboembólico (média de 7 a 10 dias, e até 28 dias para as próteses de quadril); pacientes clínicos: 40mg uma vez ao dia (mínimo de 6 dias e máximo de 14 dias); 2. Tratamento da trombose venosa profunda: 1,5mg/kg uma vez ao dia ou 1mg/kg duas vezes ao dia, pelo período médio de 10 dias; 3. Tratamento da angina instável e infarto agudo do miocárdio sem onda Q: 1mg/kg a cada 12 horas, pelo período de 2 a 8 dias. 4. Tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST: bolus intravenoso de 30 mg acompanhado de uma dose de 1 mg/kg por via subcutânea. Após a dose inicial deve-se administrar 1 mg/kg por via subcutânea a cada 12 horas (as duas primeiras doses devem ser de no máximo 100 mg e as demais doses 1 mg/kg); 5. Prevenção da coagulação do circuito extracorpóreo durante hemodiálise: 1mg/kg injetados na linha arterial do circuito, no início da sessão de hemodiálise; ou 0,5mg/kg em pacientes sob alto risco hemorrágico. Populações especiais: Idosos: não é necessário ajuste de dose, a menos que a função dos rins esteja prejudicada. (ver item "PRECAUÇÕES"). Crianças: a segurança e a eficácia da enoxaparina sódica não foram estabelecidas. Insuficiência renal severa (clearance de creatinina menor do que 30mL/min): 1mg/kg uma vez ao dia para uso terapêutico; 20mg uma vez ao dia para uso profilático. Insuficiência renal leve e moderada: não é necessário ajuste de dose, sendo aconselhável monitorização clínica cuidadosa. Hepatopatia: recomenda-se cautela na utilização de enoxaparina sódica. Composição e Apresentações: cada seringa pré-enchida da solução injetável de Clexane<sup>®</sup> (Enoxaparina sódica) contém: Apresentação 20mg (2 e 10 seringas pré-enchidas), 40mg (2 e 10 seringas pré-enchidas), 60mg (2 seringas pré-enchidas e graduadas), 80mg (2 seringas pré-enchidas e graduadas) e 100mg (2 seringas pré-enchidas e graduadas). Enoxaparina sódica: 20mg, 40mg, 60mg, 80mg e 100mg respectivamente. Existem também as apresentações de Clexane<sup>®</sup> (Enoxaparina sódica) de 20mg, 40mg, 60mg, 80mg e 100mg, em seringas pré-enchidas, graduadas (apresentações de 60mg, 80mg e 100mg), com sistema de segurança. "VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA". Registro MS: 1.1300.0276. Farm. Resp. Antonia A. Oliveira CRF-SP nº 5854. Data de revisão: Março 2009. "Para maiores informações antes de prescrever, favor ler a bula completa do produto". "SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO."

Dezembro/2009



Medical Services  
[www.medicalservices.com.br](http://www.medicalservices.com.br)  
O seu lugar na Internet.

sanofi aventis  
O essencial é a saúde