



---

**Intercâmbio. Revue Française du Dommage Corporel. Resumos dos artigos publicados no vol. 36, nº 3, 2010**

**Publicado por:** Imprensa da Universidade de Coimbra

**URL persistente:** URI:<http://hdl.handle.net/10316.2/4217>

**Accessed :** 3-Jul-2022 01:14:50

---

A navegação consulta e descarregamento dos títulos inseridos nas Bibliotecas Digitais UC Digitalis, UC Pombalina e UC Impactum, pressupõem a aceitação plena e sem reservas dos Termos e Condições de Uso destas Bibliotecas Digitais, disponíveis em <https://digitalis.uc.pt/pt-pt/termos>.

Conforme exposto nos referidos Termos e Condições de Uso, o descarregamento de títulos de acesso restrito requer uma licença válida de autorização devendo o utilizador aceder ao(s) documento(s) a partir de um endereço de IP da instituição detentora da supramencionada licença.

Ao utilizador é apenas permitido o descarregamento para uso pessoal, pelo que o emprego do(s) título(s) descarregado(s) para outro fim, designadamente comercial, carece de autorização do respetivo autor ou editor da obra.

Na medida em que todas as obras da UC Digitalis se encontram protegidas pelo Código do Direito de Autor e Direitos Conexos e demais legislação aplicável, toda a cópia, parcial ou total, deste documento, nos casos em que é legalmente admitida, deverá conter ou fazer-se acompanhar por este aviso.



## Revue Française du Dommage Corporel

### Resumos dos artigos publicados no vol. 36, nº 3, 2010

Lévêque, M.; Chaari, L.; Péragut, J.-C.; pp. 225-32 – *Hematoma sub-dural: imputabilidade a um traumatismo?*

A responsabilidade de um traumatismo craniano quando surge um hematoma sub-dural agudo é, em geral, evidente. Quando se trata de um hematoma sub-dural crónico, a imputabilidade a um traumatismo dá lugar a discussão na medida em que um bom número deles se desenvolve fora de qualquer contexto traumático. Uma melhor compreensão da fisiopatologia, a análise de factores favorecedores tais como a idade do paciente, a toma de anticoagulantes ou as co-morbilidades, associada às informações de ordem cronológica dadas pela imagiologia podem, num certo número de casos, eliminar as dúvidas quanto à atribuição da imputabilidade de um traumatismo craniano no aparecimento e desenvolvimento de um hematoma sub-dural crónico.

Wintrebert, P.; pp. 233-9 – *A nova grelha AGCIR. O que mudou*

Em 21 de Agosto de 2008 surgiu um decreto relativo ao preenchimento da grelha nacional AGCIR (Autonomie Gérontologie Groupes Isso-Ressources), trazendo modificações sobre a utilização desta ferramenta.

Este artigo tem por objectivo fornecer mais detalhes sobre as alterações introduzidas: uma melhor definição das variáveis a analisar pela introdução de um novo advérbio e a introdução de sub-variáveis respeitantes às funções superiores.

O conceito da grelha não mudou, mas as modificações introduzidas dão mais detalhes sobre as situações intermédias constantes em B (realização parcial das actividades).

Estes detalhes são muito úteis para a elaboração do plano de ajuda.

Béjui-Hugues, H.; pp. 241-9 – *A propósito da responsabilidade do perito: alguns elementos de reflexão para médicos conselheiros ou peritos*

Questionar a responsabilidade do perito no âmbito da sua actividade pericial, qualquer que seja o contexto ou o tipo, é muito pouco frequente mas tem aumentado desde há alguns anos.

O perito médico é, antes de tudo, um médico, sujeito às regras do código deontológico. Na sua qualidade de médico, está igualmente sujeito à obrigação de formação contínua. O estatuto de perito médico-legal é específico, como colaborador ocasional da justiça e não auxiliar desta, e a sua responsabilidade não pode ser questionada senão a título pessoal.

Após relembrar alguns princípios essenciais respeitantes às condições de responsabilização do perito, o autor aborda a sua responsabilidade civil pessoal a respeito de erros cometidos no cumprimento da sua missão.

A responsabilidade penal do perito é mais raramente posta em causa. O aspecto essencial é representado pela violação do segredo profissional.

O perito incorre, finalmente, em penas disciplinares sobre o desrespeito das regras de impugnação, de informação e de cumprimento pessoal da sua missão.

O autor termina com exemplos em que a responsabilidade do perito foi posta em causa e, finalmente, realça que, se os casos de condenação por responsabilidade dos peritos são pouco frequentes, existe actualmente um acréscimo do número destas situações.

Tekpa, BJD.; Soumah, MM.; Sane, JC.; Bah, H.; Bouso, A.; Kasse, AN.; Hgongang, GFO.; Tall, M.; Sy, MH.; Sow, ML.; pp. 251-6 – *As fracturas não diagnosticadas do escafoide cárpico: balanço de um ano de peritagem*

Os autores reportam o resultado de um estudo retrospectivo, de Janeiro a Dezembro de 2006 (12 meses) sobre 423 processos clínicos de doentes recebidos pela primeira vez no serviço de urgências cirúrgicas do Hospital

Geral de Grand Yoff (HOGGY) de Dakar por traumatismo do punho com necessidade de imobilização gessada.

Foi encontrada uma fractura do escafoíde cárpico em 23 processos; em 11 casos, ela era desconhecida. A análise dos casos não diagnosticados mostra que este erro diagnóstico surge, mais frequentemente, no decurso de lesões concomitantes associadas, particularmente com fracturas da extremidade distal do rádio (7 casos/11). Este erro de diagnóstico é atribuído a uma leitura inadequada das imagens radiográficas aquando da primeira consulta e à inexperiência dos colegas jovens em formação, que asseguram as consultas nas urgências cirúrgicas, e conduziu a um tratamento inadequado, fonte de complicações na evolução da fractura não diagnosticada. Isto tem também uma incidência médico-legal evidente, embora os processos de responsabilidade sejam ainda factos raros no nosso meio. A responsabilidade administrativa por defeito de organização pode ser colocada contra o hospital.

Os autores relembram aos colegas que um exame clínico bem conduzido perante todo o traumatismo do punho pode ajudar à suspeição de uma fractura do escafoíde. Esta suspeita obriga a observar atentamente a primeira fiada dos ossos do carpo numa radiografia standard, que tem sempre interesse no diagnóstico desta lesão.

A simples suspeita desta lesão deve levar a um tratamento presuntivo com gesso de Verdan, mesmo na ausência de diagnóstico radiológico. Esta atitude evitaria as possíveis sequelas geradas por uma ausência de tratamento.

## **Resumos dos artigos publicados no vol. 36, nº4, 2010**

Coste J.; pp. 295-302 – *Exame da escápula na patologia da coifa dos rotadores*

Na avaliação médico-legal do ombro, um exame clínico rigoroso e bem estandardizado, o interrogatório minucioso e a realização de exames complementares de diagnóstico, imagiológicos, são elementos essenciais da avaliação do dano pós traumático.

Deve ser realizado bilateral e comparativamente até aos últimos graus de movimento, recorrendo a manobras que possam colocar em evidência a dor, sem esquecer que a rigidez significa que os testes da coifa dos rotadores não são credíveis.

O interrogatório revelará as circunstâncias do traumatismo, a idade, o carácter dominante ou não do ombro em questão, os antecedentes, a actividade profissional, de lazer ou desportiva utilizando o membro superior, a noção dos antecedentes traumáticos, o desenvolvimento e método de tratamento.

O exame clínico de um paciente com o tronco nu, sempre comparativo, comportará um tempo de inspecção, seguido da pesquisa dos pontos dolorosos electivos. Em seguida obter-se-ão as medidas das amplitudes passivas, seguidas das activas, ao que se seguem os testes dinâmicos de contra-resistência, que podem desencadear dores (nomeadamente o teste de Jobe, manobras de Patte, sinal de Gerber, teste de Speed).

Os sinais de conflito sub-acromial são colocados em evidência com o teste de Neer, o sinal de Hawkins e o sinal de Yocum.

Noël E.; pp. 303-309 – *Etiopatogenia das lesões tendinosas traumáticas e degenerativas*

Para compreender a etiopatogenia das lesões tendinosas traumáticas e degenerativas da escápula é preciso estudar o papel da coifa dos rotadores na prática quotidiana.

A coifa é um complexo tendinoso-muscular composto por cinco músculos que têm por papel essencial a estabilização activa da cabeça umeral na elevação, a recentração activa da cabeça na rotação externa activa.

É necessário distinguir e avaliar as lesões traumáticas da coifa e as lesões degenerativas.

Para avaliar uma coifa traumática, é preciso ter em consideração a idade (antes e após os 40 anos) o tipo de traumatismo (traumatismo directo sobre a escápula ou braço em antepulsão, ou braço em retropulsão/rotação externa forçada ou braço em extensão).

É de importância primordial saber se, antes do traumatismo, a coifa estava íntegra. Certos elementos são importantes como indicativos de lesão antiga da coifa: escápula pseudo-paralítica, perda da rotação externa, atrofia da fossa infraespinhosa.

Os sinais de rotura anterior da coifa são objectivos no Rx standard (estreitamento do espaço sub acromial) e sobretudo na artro-TAC (atrofia e degenerescência gorda muscular).

A coifa degenerativa pode corresponder a três tipos de lesões anatómicas; tendinopatias sem calcificações, roturas parciais, roturas transfixivas. A sua prevalência aumenta com a idade.

Os mecanismos são constituídos por gestos repetitivos e/ou prolongados acima do nível dos ombros. A sua evolução natural é pouco conhecida e lenta. O tratamento médico permite uma melhoria inicial, mas a degradação é inexorável. Inicialmente assintomática torna-se dolorosa em cerca de metade dos casos.

Para explicar as dores existe uma forte associação entre a presença de bursite sub-acromial e de uma tenossinovite do bicípite objectivada por imagem.

É importante insistir na prevenção das lesões da coifa.

Após os 40 anos, em certas profissões de risco, o paciente deveria ser advertido no sentido de tomar certas medidas no desenrolar da sua actividade profissional.

Kempf J-F.; pp. 311-321 – *As lesões isoladas do rebordo glenóideu*

O recurso constante à artroscopia no tratamento das lesões internas da escápula permitiu constatar a elevada frequência de lesões do labrum.

Mais frequentemente, uma ou mais lesões do rebordo glenoideu, de importância variável, são encontradas associadas a uma lesão de Bankart ou a uma patologia da coifa dos rotadores. Dá-se prioridade ao tratamento da instabilidade anterior crónica ou da tendinopatia. Mas por vezes a lesão do labrum apresenta-se isolada.

Numerosas questões se colocam: o que é que determina estas lesões? Qual o seu lugar no ranking das duas grandes entidades patológicas que são a instabilidade gleno-umeral e a tendinopatia da coifa? Que importância atribuir às lesões associadas minor? Que tratamento propor? Qual o seu prognóstico?

Aswad R.; pp. 323-331 – *As tendinopatias calcificantes da coifa dos rotadores*

As tendinopatias calcificantes têm uma incidência variável que depende da série, as mais frequentes à direita e nas mulheres, de idade média entre os 30 e 50 anos, bilateral em cerca de 13 a 24% dos casos. A sua descoberta frequentemente é fortuita e a sua reabsorção espontânea faz parte da história natural desta patologia.

Após a revisão histórica, o autor expõe os diferentes conceitos fisiopatológicos das tendinopatias calcificantes: fenómeno degenerativo primário, ou fenómeno de mediação celular num meio vivo, ignorando os mecanismos desencadeantes.

Sobre o plano etiológico, nenhuma relação foi estabelecida entre uma patologia geral, uma rotura da coifa dos rotadores e uma actividade profissional, certos estudos relevam no entanto uma incidência mais elevada de calcificações em trabalhadores manuais.

O autor relembra as manifestações clínicas: dor aguda de curta duração, dor aguda seguida de uma dor crónica, dor crónica com crises de agudização, ou dor crónica lancinante. A confusão clássica com uma omalgia secundária

a uma capsulite retráctil ou uma patologia acromio-clavicular não é rara, até mesmo porque estas últimas podem estar associadas.

O Rx simples de face e de perfil permite confirmar o diagnóstico, analisar a localização e tipo de calcificação e eliminar outro tipo de patologias eventualmente associadas, com o auxílio em último caso de ecografia. A Arthro-TAC ou RMN não serão propostos com excepção dos casos que tenham indicação cirúrgica.

O tratamento médico consiste no recurso aos analgésicos clássicos com ou sem anti-inflamatórios, ou até a corticoterapia oral de curta duração. A reeducação funcional joga um papel primordial nestes casos. Apenas em casos de persistência de queixas dolorosas e de impotência funcional se devem propor outras escolhas terapêuticas: punção-aspiração, punção lavagem, ondas de choque ou litotricia extra-corporal.

A cirurgia artroscópica é proposta em último recurso após esgotado o tratamento conservador no paciente que sofre desconforto e cujo ombro é perfeitamente flexível.

Walch G.; pp. 333-342 – *As reparações das lesões da coifa dos rotadores*

Noutros tempos e no contexto da periartrite escapulo-umeral, a patologia tendinosa do ombro conheceu uma evolução importante em matéria de orientação terapêutica, graças a um melhor conhecimento das lesões e em particular da imagiologia moderna.

A patogenia das lesões da coifa não é provavelmente inequívoca, sendo baseada em mecanismos extrínsecos (conflito sub-acromial) e intrínsecos (degenerescência do tendão com a idade).

O tendão do supra-espinhoso é o mais frequentemente afectado, isoladamente ou em associação com o subescapular e infra-espinhoso. O tamanho da lesão aumenta com o tempo e existe uma lenta deterioração progressiva, em função da idade.

O tratamento cirúrgico da patologia da coifa dos rotadores é actualmente bem conhecido. A infiltração gorda é o factor de prognóstico mais importante. A indicação operatória necessita obrigatoriamente de conhecer os antecedentes, o resultado dos diferentes tipos de tratamento, o tipo de lesão e estado muscular para datar a antiguidade das lesões e existência de uma artrose associada. Deve ter em conta a idade do paciente, a sua capacidade de recuperação funcional, a sua situação profissional e motivação.

Liotard J.-P.; pp. 343-346 – *A experiência da Medicina Física e de Reabilitação na readaptação funcional*

O autor revela a sua experiência de 25 anos em reeducação pós-operatória de reparações da coifa dos rotadores com a equipe de Gilles Wach. Descreve e explica o protocolo gestual e educação terapêutica empregue de modo a obter optimização da cicatrização tendinosa e recuperação completa das mobilidades passivas e activas. O objectivo é obter uma escápula flexível e móvel aos 3 meses de pós-operatório, que permita uma vida sedentária satisfatória, e aos 6 meses reassumir de modo gradual as suas actividades desportivas ou profissionais. O autor salienta a importância da monitorização dos pacientes até ao resultado final: começando pela reeducação durante duas a três semanas no seio de uma Unidade de Reeducação Funcional, continuando-se com um protocolo seco e uso de piscina como auto-reabilitação, com a monitorização do paciente, em consulta externa, ao fim de 1, 3 e 6 meses e controle final ao ano.

Se uma dor coloca entraves ao progresso da reeducação, o autor propõe uma infiltração extra-articular (com xilocaína e corticoides) guiada por via trans-acromio-clavicular para aliviar a limitação das amplitudes.

Sabendo que cerca de 25% dos pacientes operados não têm escápulas perfeitamente flexíveis, o autor e a sua equipa decidiram seguir durante um ano 372 pacientes operados a uma reparação da coifa dos rotadores durante o primeiro semestre de 2010, para conhecer a incidência da rigidez pré operatória sobre a evolução pós operatória e resultado final