



2021

FOCO EM OFERECER BENEFÍCIOS AOS ASSOCIADOS

LEIA NESTA EDIÇÃO

Homenagem

Arnaldo Amado
Ferreira Filho

PÁGINA 8

Atualização Científica

Alo-enxerto para as fraturas da extremidade
proximal do úmero com cominuição metafisá-
ria medial em idosos

PÁGINA 11

Intervalo

Quem somos fora
do consultório

PÁGINA 14

MARCIO THEO COHEN
PRESIDENTE DA SBCOC



Caros colegas

Apresentamos aqui a primeira edição do nosso querido jornal que foi cuidadosamente confeccionado pelo conselho editorial.

Assumir a presidência da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Ombro e Cotovelo é uma honra inigualável. Como rege nosso estatuto, as finalidades desta sociedade são claras: congregar os médicos que se interessam pela cirurgia de ombro e cotovelo; incentivar, aperfeiçoar e difundir os estudos, conhecimentos, pesquisas e a prática da cirurgia de ombro e cotovelo. Com isto em foco, pretendo seguir de forma desapercebida, junto com a diretoria, estas finalidades.

Seguimos ainda enfrentando grandes dificuldades relacionadas à pandemia, porém temos a capacidade de nos reinventar continuamente para seguir com os nossos projetos. O primeiro deles é a modificação para o formato on-line da nossa prova de título de membro da SBCOC que foi criada por uma brilhante e cuidadosa comissão. A Comissão de Ensino e Treinamento dará início a uma programação voltada para o residente em formação dos serviços credenciados.

A Comissão de Educação Continuada dará continuidade aos webinars, mantendo acesso o conhecimento científico e procurando prestigiar o maior número de membros da nossa sociedade.

E como objetivo maior, estamos esperançosos com o nosso 7º Closed Meeting que acontecerá na região de Mangaratiba no Rio de Janeiro, em agosto. Nosso maior desejo: que todos estejamos juntos presencialmente com segurança.

Muito obrigado a todos pela confiança!

Marcio Cohen
Presidente da SBCOC

O Jornal da SBCOC continua sendo o principal veículo de comunicação para com o associado. Numa época de rápidas mudanças, tanto em função dos novos modelos de gestão em saúde que se implementam no Brasil, como e, principalmente, devido à pandemia da COVID19, houve a necessidade de adaptação por parte de todos os associados à nova realidade das reuniões e eventos virtuais bem como os atendimentos on-line.

Medidas sanitárias restritivas e a falta de vacinas para toda a população, levaram a mudanças em relação ao TECOC e demais eventos oficiais. A manutenção das atividades da SBCOC de forma segura e a permitir o cumprimento da sua missão é o grande desafio dessa atual diretoria. Como vocês poderão observar ao longo dessa primeira edição, os projetos foram mantidos e o tamanho do jornal precisou inclusive ser aumentado. Atualização científica, história da cirurgia do ombro e cotovelo, homenagens póstumas, o trabalho das comissões da SBCOC e a divulgação de cursos promovidos e prêmios recebidos pelos nossos associados, recheiam as páginas que se seguem, mostrando um pouco do muito que está sendo feito em 2021.



ILDEU ALMEIDA
EDITOR-CHEFE



PRESIDENTE MARCIO THEO COHEN

1º VICE-PRESIDENTE LUIS ALFREDO GOMEZ VIEIRA

2º VICE-PRESIDENTE SANDRO DA SILVA REGINALDO

1º SECRETÁRIO CARLOS HENRIQUE RAMOS

2º SECRETÁRIO MARCELO COSTA DE OLIVEIRA CAMPOS

1º TESOUREIRO EDUARDO ANGELI MALAVOLTA

2º TESOUREIRO FLAVIO DE OLIVEIRA FRANÇA

COMISSÃO DE PUBLICIDADE, DIVULGAÇÃO E MARKETING E CONSELHO EDITORIAL DO JORNAL SBCOC

SANDRO DA SILVA REGINALDO
MAURICIO DE PAIVA RAFFAELLI
BRUNO BORRALHO GOBBATO
CAIO SANTOS CHECCHIA

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

LUIS ALFREDO GOMEZ VIEIRA
JOÃO FELIPE DE MEDEIROS FILHO
LUIZ HENRIQUE BORASCHI VIEIRA RIBAS
FABIO YOSHIHIRO MATSUMOTO

COMISSÃO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

CARLOS HENRIQUE RAMOS
JOEL MURACHOVSKY
JAIR SIMMER FILHO
RICKSON GUEDES DE MORAES CORREIA

COMISSÃO DE PROVA

LUIS ALFREDO GOMEZ VIEIRA
ALESSANDRO ULHOA RODRIGUES
ALBERTO DE CASTRO POCHINI
PAULO SANTORO BELANGERO
LUCAS BRAGA JACQUES GONCALVES
BERNARDO BARCELLOS TERRA
MARCELO CARVALHO KRAUSE GONCALVES
GUILHERME HENRIQUE VIEIRA LIMA

COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS E DEFESA PROFISSIONAL

MARCELO CAMPOS
RODRIGO ZAMPIERI
ANDRÉ COUTO GODINHO
RAFAEL SILVEIRA GUSMÃO

REGIONAIS

CENTRO-OESTE: LEÔNIDAS DE SOUZA BOMFIM
NORTE E NORDESTE: FÁBIO BRANDÃO DE ALMEIDA
SUDESTE: FERNANDO BRANDÃO DE ANDRADE E SILVA
SUL: MARIA ISABEL POZZI GUERRA

CONSELHO EDITORIAL DO JORNAL SBCOC

ILDEU AFONSO DE ALMEIDA FILHO
MARCUS VINICIUS GALVÃO AMARAL
ANTONIO CARLOS TENOR
CARINA COHEN
PAULO CESAR FAIAD PILUSKI

COMISSÃO DE TEMAS LIVRES

ARNALDO AMADO FERREIRA NETO
LUIZ GUSTAVO PRATA NASCIMENTO
MARCEL JUN SUGAWARA TAMAOKI

COMISSÃO DE ÉTICA

FABIO FARINA DAL MOLIN
BENNO EJNISMAN
ILDEU AFONSO DE ALMEIDA FILHO

EXPEDIENTE



Jornal SBCOC - Periódico editado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia do Ombro e Cotovelo
Alameda Lorena, 427 - 14º andar - Jardim Paulista
01424-000 - São Paulo - SP - www.sbcoc.org.br

JORNALISTA RESPONSÁVEL Bárbara Cheffer (MTB 53.105/SP)

REDAÇÃO Bárbara Cheffer

DIGRAMAÇÃO Iuri P. Augusto

Edição Online

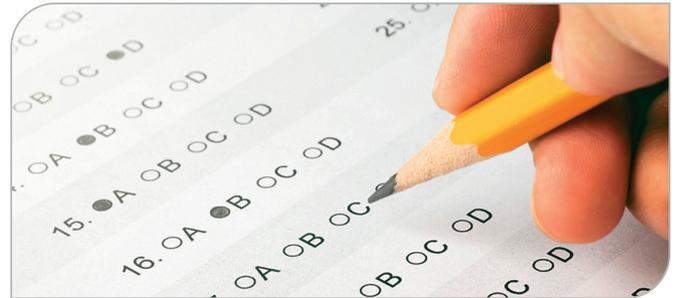
Os artigos assinados não representam, necessariamente, a posição da editoria da SBCOC.

5º Exame para obtenção do título pela SBCOC será on-line

Em virtude do agravamento da situação sanitária da pandemia da COVID 19, o 5º Exame para Obtenção do Título de Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Ombro e Cotovelo acontecerá dia 29 de maio de 2021 e será no formato On-line.

Todas as informações já estão disponíveis no site da SBCOC.

Contamos com a compreensão de todos e estamos à disposição para mais esclarecimentos.



Clique aqui para conteúdo extra

Programe-se para o 7º Closed Meeting da SBCOC

Por Carina Cohen Grynbaum

Com vagas limitadas e respeitando os protocolos de segurança para a COVID-19, o evento está programado para acontecer de 26 a 28 de agosto de 2021 em Mangaratiba, RJ

Melhor do que o encontro, é o reencontro!! E imagino, que assim como nós, você também não vê a hora de estar com os amigos e colegas, fazendo o que mais gostamos: aprender e desfrutar de bons momentos juntos.

O 7º Closed Meeting está programado para acontecer em agosto, no Portobello Resort & Safári seguindo todas as normas de segurança e saúde impostas pela pandemia da COVID-19.

O local é amplo e arejado e possui um salão para convenções que nos proporcionará conforto e segurança.

Confira as tarifas e faça sua inscrição pelo site da SBCOC. Nos vemos em breve!!

Considerando que ainda estamos em vigência da pandemia, vale lembrar que caso ela se estenda até essa data, o evento pode ser cancelado. A política de cancelamento deve ser checada com a agência de turismo responsável pelo Congresso.



7º CLOSED MEETING

MANGARATIBA / RJ
26 A 28 . AGOSTO . 2021

TARIFAS - ACOMODAÇÃO PORTOBELLO RESORT & SAFARI

CATEGORIAS	DIÁRIA (por pessoa)	A DIÁRIA INCLUI:
STANDARD	R\$ 650,00	- HOSPEDAGEM
SUPERIOR	R\$ 742,00	- CORTESIA PARA 02 CRIANÇAS (ATÉ 10 ANOS ACOMPANHADAS DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS)
BEACH ROOM	R\$ 788,00	- PENSÃO COMPLETA (CAFÉ DA MANHÃ, ALMOÇO, JANTAR E BEBIDAS NÃO ALCOÓLICAS)
SUÍTE	R\$ 840,00	- ATIVIDADES RECREACIONAIS E FITNESS
		- CHECK-IN: 16H CHECK-OU: 12H
		* OUTRAS ACOMODAÇÕES SOB CONSULTA

OBS: valores de DIÁRIA por pessoa em apartamento DUPLO*. Reserva de mínimo 02 diárias.

Pagamento: Boleto bancário à vista ou parcelado em até 6x sem juros ou cartão de crédito até 5x sem juros



Comissões da SBCOC: foco nos associados

O principal trabalho das comissões da SBCOC é realizar atividades e serviços em benefício aos associados. Confira os principais trabalhos de 2020 e o que já está sendo realizado em 2021. As comissões são formadas por alguns membros da Sociedade e coordenadas por um dos membros da diretoria.

Comissão de Prova

Coordenador Luiz Alfredo Gomez Vieira

Mudanças no formato do 5º TECOC

Em 2020, a comissão de Prova foi capitaneada por Alessandro Ulhoa Rodrigues (MG) e foi dividida em 3 subcomissões: prova oral (Lucas Jacques -MG, Guilherme Lima - SP), prova escrita (Alessandro Ulhoa - MG, Luis Alfredo Gomez - BA e Marcelo Krause - PE) e prova de habilidades (Bernardo Terra - ES, Alberto Pocchini - SP e Paulo Belangero - SP) visando facilitar o desenvolvimento da prova de título programada até então para 2020 em Vitória-ES.

Durante todo o processo foram discutidos o desenvolvimento das questões, revisão bibliográfica, local da prova, edital, dentre outras informações. Porém, devido a pandemia da Covid-19, os rumos mudaram e a Comissão passou a estudar possíveis novos cenários. Depois de diversas videoconferências em 2020, a prova foi adiada para 2021.

Prova On-line

Já em 2021, devido ao agravamento da pandemia, foi cancelada a prova presencial e o exame será realizado exclusivamente em formato on-line e remoto no dia 29 de maio de 2021, composto por duas avaliações: uma prova teórica e uma prova teórico-prática. As provas serão realizadas nos seguintes períodos: 9h às 11h – prova teórica e 14h às 15h30 – prova teórico-prática.

Confira aqui todas as informações: <https://sbcoc.org.br/5o-tecoc-confira-as-novas-informacoes/>

Comissão de Ensino e Treinamento

Coordenador Eduardo Malavolta

A CET-SBCOC, no ano de 2020, contou com a participação de Paulo Piluski, Caio Checchia e Fábio Matsumoto, e com coordenação de Eduardo Malavolta, como membro da Diretoria. A modificação dos Critérios de Credenciamento, aprovada na Assembleia Virtual realizada em novembro, foi o fim de um processo que demandou diversas reuniões, tanto entre CET, como entre os membros da Diretoria, e ainda exposições dos problemas do nosso antigo regulamento para os Chefes de Serviço. Foi ainda desenvolvido um formulário on-line para captação de dados referentes às cirurgias realizadas pelos estagiários em formação, que poderá no futuro dar informações importantes sobre as características de cada serviço formador. Esse projeto foi aplicado de maneira experimental, e será apresentado em breve, para os Chefes de Serviço.

Confira as novas regras para Credenciamento e Descredenciamento dos Serviços

Curso para Residentes é foco da CET em 2021

Para 2021, a Comissão de Ensino e Treinamento composta por Luis Alfredo Gomez Vieira, João Felipe de Medeiros Filho, Luis Henrique Boraschi Vieira Ribas e Fabio Yoshihiro Matsumoto, está elaborando uma série de webinários voltados para os R4. O primeiro webinar irá acontecer no dia 22 de maio, às 9h.

Nessa aula serão abordados temas de atualização e educação em relação à instabilidade do ombro. A patologia será abordada desde a avaliação pré-operatória até a reabilitação, passando por várias técnicas cirúrgicas que serão explicadas pelos especialistas.

As inscrições já estão abertas! Clique aqui e faça sua inscrição.



Comissão de Publicidade, Divulgação e Marketing

Coordenador Sandro Reginaldo

Com proposta de modernidade, SBCOC tem novo site

Totalmente reformulado, o novo portal tem o objetivo de ser um dos principais canais de comunicação da sociedade com os seus associados e interessados pela Cirurgia de Ombro e Cotovelo.

Em 2020, a Comissão de Publicidade, Divulgação e Marketing contratou uma empresa para reformular o site da SBCOC trazendo uma interface mais atual, com uma utilização prática e intuitiva. O novo portal foi redesenhado com a função de atender as demandas dos associados da SBCOC com conteúdo diferenciado como vídeos, artigos e eventos científicos.

“O site reflete o objetivo da SBCOC. O de proporcionar, cada vez mais, novos benefícios aos associados e interessados pela Cirurgia de Ombro e Cotovelo”, explica Sandro Reginaldo, coordenador da Comissão de Publicidade, Divulgação e Marketing.

Um dos diferenciais do portal é a forma como o conteúdo está exposto, separado por assuntos e de fácil acesso, facilitando a busca do usuário pela informação. Desta forma, o site reúne, em sua página inicial, as principais informações relacionadas à SBCOC, segmentadas por tópicos de interesse.

Novidades para 2021



“É importante ressaltar que o site está em constante atualização e contamos com a colaboração do associado dando o seu feedback para que possamos sempre mantê-lo atualizado e com informações pertinentes para os especialistas”, diz Sandro Reginaldo. Para 2021, estão sendo disponibilizados ví-

deos de técnicas cirúrgicas, congressos passados e webinars já realizados. Todo o conteúdo será disponibilizado na área do associado.

Conheça agora mesmo o portal: www.sbcoc.org.br.



Comissão de Ética

Coordenador Fábio Dalmolin

A comissão de ética, composta pelos três últimos presidentes da SBCOC e presidida pelo ex-presidente Fábio Dal Molin, teve uma importante função na estrutura organizacional da SBCOC. Durante o ano de 2020, contribuiu intensamente com o desenvolvimento dos programas associativos, seja na aplicação das normas de compliance ou no controle rigoroso dos princípios éticos dos eventos institucionais.

A experiência dos integrantes, que vem sendo adquirida durante todo o processo de gestão, que culmina na presidência da sociedade, contribuiu no controle ético da gestão atual.

A SBCOC cada vez mais madura e desenvolvida contribuindo com aplicação dos valores éticos e morais da instituição.

Comissão de Educação Continuada

Coordenador Jair Simmer

CEC 2020/2021

No ano passado a CEC, composta pelos colegas Nicola Archetti Netto (SP), Joel Muraschovsky (SP), Marcio Cohen (RJ) e Jair Simmer Filho (ES), precisou rever o planejamento de eventos científicos após o cancelamento do CBCOC e de outros eventos presenciais.

Com o apoio da diretoria da SBCOC e do nosso ex-presidente Roberto Ikemoto, realizamos reuniões virtuais e optamos por iniciar o projeto de webinars que abordaram temas como manguito rotador e artroplastia reversa para fraturas, sempre com a participação de um palestrante internacional e três convidados brasileiros. Finalizamos com um evento ao vivo, com cirurgias em cadáver e excelentes discussões em tempo real com associados de todo o país.

Webinars são destaque e excelentes ferramentas de atualização

Para 2021, na presidência de Marcio Cohen (RJ), a CEC está composta pelos colegas Carlos Henrique Ramos (PR) e Rickson Guedes de Moraes Correia (RJ), Joel Muraschovsky

(SP) e Jair Simmer Filho (ES). Já estão confirmados 4 webinars no primeiro semestre, e estamos trabalhando para montar a grade científica do nosso Closed Meeting e do CBOT 2021.

1º WEBINAR DE 2021
ARTROPLASTIA REVERSA DO OMBRO
Save The Date - 24/02 - Às 20h30

Convidado Internacional
Dr. Mark Frankle
Presidente da ASES

Convidados

Moderador
Dr. Marcio Cohen

Dr. Sérgio Checchia

Dr. Osvandré Lech

SBCOC
 Sociedade Brasileira de Cirurgia de Ombro e Cotovelo

EMS
 Uma empresa do Grupo NC

Os webinars estão disponíveis no site da SBCOC. Na área logada, o associado poderá conferir as aulas já realizadas, como por exemplo, o evento que teve a participação do renomado especialista Mark Frankle, presidente da ASES. Acompanhe os canais de comunicação da SBCOC e programe-se para mais atividades.

Conselho Editorial do Jornal da SBCOC

Coordenador Carlos Henrique Ramos

Em 2020 tivemos a honra de participar da comissão do Conselho Editorial do Jornal da SBCOC, juntamente com outros colegas, Antônio Carlos Tenor, Mauro Emilio C. Gracitelli e Renato A. Zen, em conjunto com o presidente Roberto Ike-moto e jornalista Bárbara Cheffer que nos deram todo apoio necessário. Iniciamos o ano com muitas expectativas, que infelizmente, em virtude da pandemia do COVID-19 que assolou o país e o mundo, foram contidas com algumas mudanças necessárias. A proposta inicial de 4 edições impressas foi logo substituída pelos modelos digitalizados para redução de custos e facilidade na logística de divulgação. Independente disto, mantivemos o principal objetivo do jornal, que sempre foi levar até nossos associados os assuntos mais relevantes da sociedade e a transparência das atividades desenvolvidas

pela sua diretoria. Procuramos apresentar os principais eventos oficiais, que naquele ano foi principalmente *on-line* (vários “webinars”), sendo realizado apenas o tradicional Fórum SBOC de modo presencial no início do ano. A equipe se dividiu na produção das várias sessões de cada edição, resumindo as agendas dos eventos, atualização médica, entrevistas, curiosidades e dicas interessantes. Como novidade, acrescentamos a

sessão dedicada à homenagem de sócios que se destacaram ao longo dos anos, seja por premiações científicas ou trabalho e contribuições que deram à SBCOC durante suas carreiras. Em decorrência do ano atípico e carente de eventos presenciais, decidimos pela realização de apenas duas edições. Em nome de todos que participaram da comissão e organização das edições, agradecemos imensamente a oportunidade deste trabalho prazeroso que foi conduzir a comissão em 2020, desejando enorme sucesso aos novos editores.

Tesouraria

Coordenador Por Marcelo Campos

Prestação de contas

Caros amigos e colegas,

No ano de 2020 me coube a função de Tesoureiro da nossa diretoria. Faço aqui um breve relato de nossas atividades nesse atípico e difícil período.

Logo no início do ano (início da pandemia), identificamos dificuldades relacionadas a queda de nossa receita e, ao mesmo tempo, a necessidade de manutenção de alguns custos para mantermos a SBCOC em pleno funcionamento.

A queda da receita se deu principalmente pela diminuição de patrocínios, inadimplência das anuidades e pelo cancelamento do nosso Congresso Brasileiro.

Nesse novo e adverso cenário com necessidade de contenção de custos, cancelamos todas as reuniões presenciais e repactuamos todos os contratos com os colaboradores (contador, sistema, marketing, etc.) com 20% de desconto das mensalidades durante o ano.

Faço aqui, em nome da Diretoria, um agradecimento públi-

SBCOC
 Sociedade Brasileira de Cirurgia de Ombro e Cotovelo

OMBRO & COTOVELO

SBCOC TEM NOVO SITE
 PORTAL TRAZ BENEFÍCIOS AOS ASSOCIADOS

LEIA NESTA EDIÇÃO		
Homenagem Análise Análise Fórum Fórum	Atualização Científica Introdução, Desenvolvimento Análise, Conclusão	Intervalo Variação, Discussão



co a todos os colaboradores que, imediatamente, compreenderam o momento e se solidarizaram conosco.

Com relação aos nossos compromissos financeiros previamente assumidos para o CBCOC, todos os contratos foram negociados diretamente e pactuados a devolução dos pagamentos já executados (com exceção dos impostos já recolhidos). Alguns já foram ressarcidos a SBCOC e todas as outras já tem programação de ressarcimento ao longo de 2021.

Mais uma vez agradecemos publicamente a Kátia Sartori, uma de nossas mais competentes e fieis colaboradoras, que em conjunto da Diretoria, presidida pelo Dr. Roberto Yukio Ikemoto e a Presidência do Congressos Dr. Jair Simmer não mediu esforços para o ressarcimento dos valores já previamente pagos para a realização do CBCOC.

Em relação à captação dos recursos financeiros, Dr. Roberto Ikemoto e os demais membros da Diretoria foram incansáveis em promover webnários com discussões técnicas na área da cirurgia do ombro e cotovelo, e discussões mais amplas sobre a atuação dos médicos e as novas ferramentas da telemedicina com grandes experts especialistas. Esforço que reverteu em aumento na nossa receita em 2020.

Ponto a ser destacado nas atividades da Tesouraria foi o movimento a fim de regularizar as anuidades dos nossos associados. Penso que tivemos um ano de muita solidariedade dos associados para com a SBCOC, além do entendimento de estarmos coesos em uma Sociedade Científica que trabalha para melhorar o treinamento, Educação Continuada, troca de experiências profissionais além de balizar técnicas e eticamente a nossa prática.

Tomo a liberdade de digo: SBCOC "Vale Ser".

A Diretoria, a partir da constatação da pandemia e da necessidade de enfrentamento deste em todos os seus aspectos pactuou desconto de 50% da anuidade de 2020. Além disso, foi feito um trabalho intenso de reorganização das anuidades atrasadas. Atrazo esse relacionado a dificuldades do nosso próprio sistema de emissão de boletos, algum eventual desinteresse em participar da SBCOC e em algumas situações por dificuldades financeiras pontuais. Algumas anuidades foram cobradas indevidamente de alguns associados quites por problemas internos de nosso sistema. Mas todos os casos foram esclarecidos. Agradeço a compreensão e solidariedade de todos vocês.

Houve a participação ativa e incansável da nossa secretária Nátalie de Almeida e também dos nossos colegas Presidentes de Regionais SBCOC: Maria Isabel Pozzi, Luciana Andrade, Fábio Brandão e Leônidas de Souza Bomfim, que se envolveram diretamente com a reintegração de vários colegas na nossa Sociedades (ver gráfico abaixo).

Todas as informações da Tesouraria SBCOC estão disponíveis e podem ser solicitadas por qualquer membro ativo.

Por fim, com todas as dificuldades apresentadas podemos claramente afirmar que tivemos um ano com saldo positivo em todos os aspectos (objetivos e subjetivos).

Agradeço a oportunidades e a confiança depositadas pelo nosso presidentes no ano de 2020, além de toda a Diretoria e principalmente agradeço aos associados.



Arnaldo Amado Ferreira Filho – Pioneirismo na Cirurgia de Ombro e Cotovelo do Brasil



Dr. Arnaldo Amado Ferreira Filho nasceu em 01 de novembro de 1930. Natural de São Paulo graduou-se pela Faculdade de Medicina da USP em 1955 na 38ª turma. Realizou sua formação em ortopedia no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do HC-FMUSP em 1956 e logo ingressou em 1957 como assistente nesta instituição. Cirurgião ortopédico geral trabalhou no atendimento ambulatorial e cirúrgico em diversas áreas na ortopedia como, cirurgia da mão, coluna, ortopedia pediátrica, tratamento das sequelas de poliomielite, paralisia obstétrica e hemofilia. Tem os títulos de Mestre e Doutor na área de pós-graduação em ortopedia e traumatologia da Faculdade de Medicina da USP nos anos de 1978 e 1984 respectivamente. Como assistente no IOT HC-FMUSP exerceu inúmeras atividades assistenciais, administrativas e de pesquisa como fundador e Chefe do Grupo de Hemofilia, Chefe do Pronto-Socorro e Ambulatório Ortopédico, Chefe do Corpo Clínico e da primeira Comissão Científica do DOT.

Mas foi na área da cirurgia do ombro e cotovelo o seu maior destaque. Juntamente com o Professor Manlio Marco Mario Napoli foi fundador do primeiro Grupo de Ombro e Cotovelo do Brasil e América Latina em 1983. Logo após a sua fundação assumiu a chefia atuando até 1998. Seu interesse pela cirurgia do ombro e cotovelo remonta no início dos anos 60 no atendimento das crianças com sequelas da paralisia obstétrica e nas primeiras cirurgias para tratamento instabilidade do ombro. Realiza o primeiro procedimento de Bristow-Latarjet em 1972, culminando na sua tese de doutoramento – Tratamento da Luxação Anterior Recidivante do Ombro pela Técnica de Bristow Latarjet – estudo com 45 casos, defendida em 1984. A sua tese foi um marco sendo referência no tratamento da instabilidade do ombro seguida por inúmeros serviços no Brasil. Sua paixão pelo ensino e vontade de saber vem do seu ímpeto autodidata e o constante acompanhamento da literatura médica. Uma passagem interessante de sua vida de ensino foi durante o ORTRA nos anos 90. Depois de longa conversa informal com Professor Hiroaki Fukuda, palestrante e convidado internacional, Prof. Fukuda lhe pergunta: “where did you learn so much about shoulder surgery?”. E ele responde com simplicidade: “during my residency training and

studying by myself”. Sempre esteve aberto para inovações e sempre incentivava aqueles que buscavam o mais novo. Nas inúmeras cirurgias que participávamos sempre dizia a frase: “o espírito científico não nasce das instituições, mas das pessoas que pensam livremente”. A cirurgia do ombro e cotovelo o projetou nacional e internacionalmente. Na vida associativa foi fundador do Comitê de Ombro e Cotovelo da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) em 1988 e o segundo presidente desse comitê na gestão 90-92, hoje Sociedade Brasileira de Cirurgia do Ombro e Cotovelo (SBCOC). Foi fundador e primeiro presidente da Sociedade Sul-Americana de Cirurgia do Ombro e Cotovelo, hoje Sociedade Latino-Americana de Cirurgia de Ombro e Cotovelo (SLAHOC). Na ocasião da organização do Journal of Shoulder and Elbow Surgery (JSES) em 1993 foi convidado pelo Prof. Charles Neer a fazer parte desse projeto, como representante da SBCOC, desta prestigiosa revista, sendo editor pela América do Sul até 1996. Em 1994 foi eleito Membro Correspondente Internacional da American Shoulder and Elbow Surgeons (ASES) passando depois a Membro Sênior. Em 1998 se aposenta de suas atividades institucionais, mas ainda ativo em sua clínica privada e na participação de inúmeros congressos internacionais na América Latina, se destacando como delegado nos congressos internacionais de cirurgia de ombro e cotovelo (ICSES). Ele sempre foi um verdadeiro pensador independente, escolhendo as melhores ideias de vários autores para desenvolver as suas próprias. Sua paixão e perfeição pelo ensino eram infinitas.

Sua dedicação é reconhecida incondicionalmente pelos seus pares. Formou inúmeros colegas pelo Brasil e países a fora, e que sempre os chamava de amigos. Era leitor contumaz, aprendeu amar os livros e a história da humanidade com seu pai Prof. Arnaldo Amado Ferreira, Livre-Docente de do Departamento de Medicina Legal da FMUSP. Homem de família, Marido exemplar, Pai exigente, Sogro, Avô e recentemente Bisavô, Cidadão correto, Homem do mundo, respeitado por todos, querido por muitos.

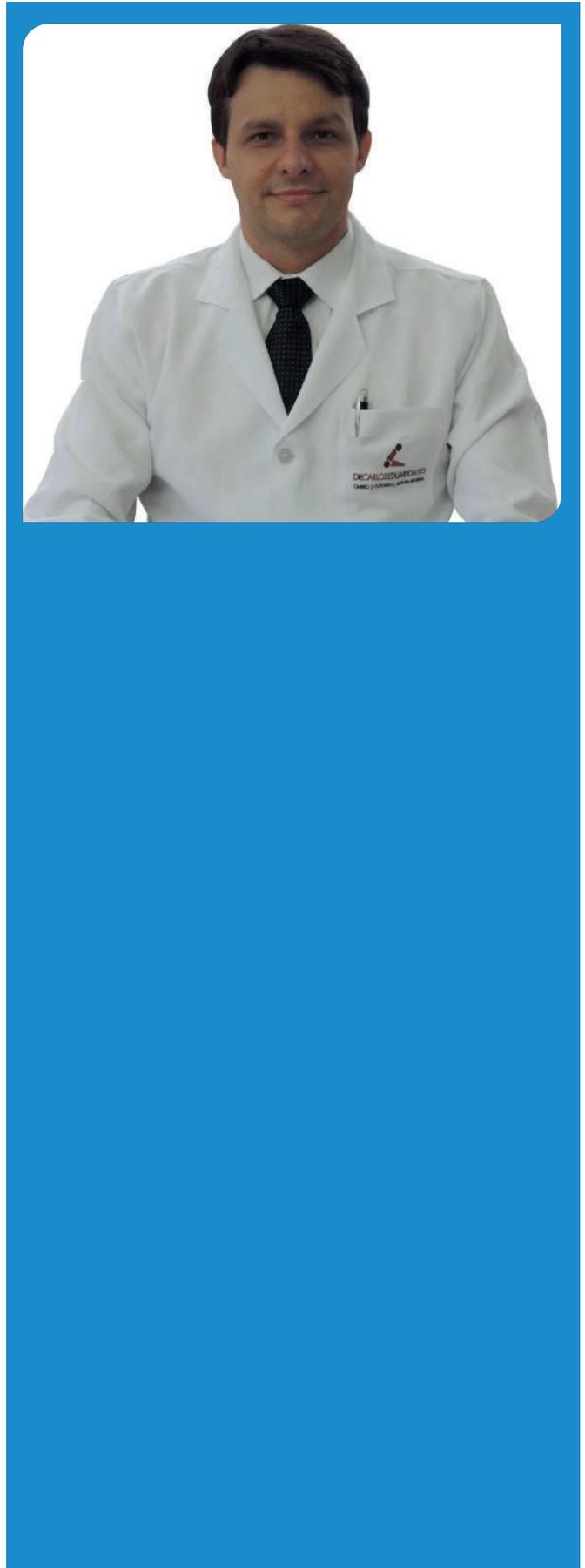
Aqui fica o seu legado...Aplausos...
Arnaldo Amado Ferreira Neto

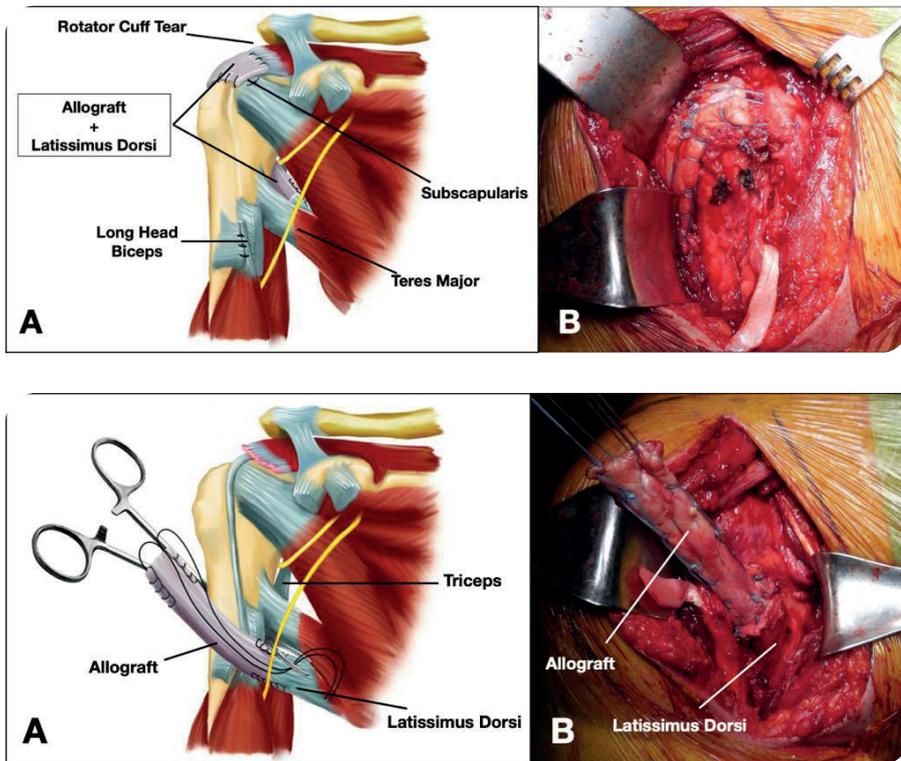
Dr. Carlos Eduardo Ferreira Alves (1973-2021)

Com imensa consternação que reverenciamos a memória de nosso querido amigo e colega Carlos Eduardo, falecido no início do corrente ano. Nasceu em 31 de outubro de 1973 em Palmital (SP). Graduiu-se em medicina pela Universidade Gama Filho em 2001 (RJ). Fez sua residência médica de 2002 a 2004 no Centro Médico em Campinas (SP) e especialização em Cirurgia do Ombro e Cotovelo em 2006 no Hospital Ortopédico de Belo Horizonte (MG). Complementou sua formação profissional em cursos nos Estados Unidos da América, França e Itália. Era membro titular da SBOT, SBCOC, AAOS e da Sociedade Latino America de Ombro e Cotovelo. Em 2007 foi para Jundiaí onde exerceu sua carreira médica.

Iniciou sua atividade no Grupo de Ombro e Cotovelo da UNICAMP em 2009, destacando-se no treinamento dos residentes e estagiários nas cirurgias, principalmente na artroscopia. Cirurgião experiente, com habilidade e paciência, transmitia seus conhecimentos de maneira segura e informal. Funcionava como consultor de exestagiários e colegas próximos orientando condutas em casos complexos e com conselhos na vida cotidiana e nos relacionamentos. "Carlão" era admirado e respeitado por todos que com ele conviveram. Seu bom humor, sorriso farto e palavras carinhosas estavam entre seus melhores atributos.

Seu curto convívio entre nós deixa uma lacuna difícil de ser preenchida e uma dor imensa para sua família. Deixa a esposa Vanessa e os filhos Rafael (7 anos) e Eduardo (2anos). Para confortá-los de sua perda e dor, apenas podemos oferecer o reconhecimento de suas grandes qualidades, seu caráter afável e principalmente nossas preces. Sua existência não foi em vão. Seu legado de dedicação à família, à prática médica, seu bom humor e tantas boas recordações permanecerá entre todos aqueles que com ele conviveram. Carlos Eduardo, querido Carlão, missão cumprida, descanse em paz.





Vídeo brasileiro é premiado no Congresso Europeu de Ombro e Cotovelo - SECEC - 2020

Nas lesões posterosuperiores do manguito rotador (LPS-MR), uma das possibilidades de tratamento é a transferência do latíssimo do dorso (LD), que foi idealizada por Gerber et al em 2006. Obtiveram bons índices de resultados satisfatórios, no entanto, trabalhos recentes apresentados em congressos (SECEC 2017 e 2018), evidenciaram índices de rerotura que variaram de 20 a 30%. Provavelmente a causa disso seja a fina espessura, e conseqüentemente fragilidade do tendão do LD.

Há cerca de 10 anos, iniciamos tratamento das crianças com seqüela de Paralisia Obstétrica, modificando as operações de Séver e L´Episcopo. A primeira pela liberação das estruturas anteriores pela técnica artroscópica, em que bastavam capsulotomia anterior e tenotomia do subescapular para melhora da rotação lateral. Em seguida realizamos transferência do LD pela via deltopeitoral, associada à enxertia de tendão obtido de banco de tecidos, com objetivo duplo: reforçar o tendão do LD e ganhar comprimento, facilitando a transferência ao ápice do tubérculo maior. (Miyazaki et al, RBO 2016)

Devido aos bons resultados obtidos no tratamento dos pacientes portadores de seqüela de Paralisia Obstétrica, o Grupo de Ombro da Santa Casa de SP, constituído por mim, Luciana A. Silva, Guilherme V. Sella e Caio S. Checchia, iniciamos exatamente a mesma técnica de transferência do LD nos pacientes portadores de LPSMR (Miyazaki et al, RBO 2019). Recentemente, enviamos a publicação, estudo retrospectivo de 20 pacientes operados por essa técnica, em que obtivemos 71% de bons resultados. Trabalho este, apresentado pelo Caio Checchia, que foi motivo de premiação no Congresso Europeu de Ombro e Cotovelo (SECEC 2020), como melhor vídeo sobre técnica cirúrgica.

Lembrando que esse congresso é extremamente importante aos cirurgiões de ombro de todo o mundo, e o fato de ter sido reconhecido, sugere que essa técnica cirúrgica deva ser promissora, e esperamos que muitos pacientes possam ser beneficiados.



Alo-enxerto para as fraturas da extremidade proximal do úmero com cominuição metafisária medial em idosos

Embora alguns estudos demonstrem não haver diferença entre os resultados do tratamento conservador ou cirúrgico das fraturas da extremidade proximal do úmero (FEPU), a cirurgia permanece a abordagem mais indicada para fraturas desviadas e instáveis em ossos osteoporóticos, em especial aquelas com desvio em varo, deformidade funcionalmente mais limitante, com maior tendência de progressão e de pior prognósticos vascular.¹⁻⁶ Não há um método eficaz para todos os tipos de fratura, embora a osteossíntese com placa anatômica bloqueada (PAB) seja o mais utilizado atualmente. No entanto, conseguir uma fixação estável e manter a melhor redução obtida no ato cirúrgico em pacientes com baixa densidade mineral óssea é um desafio, mesmo com o auxílio do parafuso de ângulo fixo e são descritas complicações como penetração articular dos parafusos, perda da redução, desvio em varo residual, perda da amplitude dos movimentos, necrose avascular e soltura do material de síntese.^{1,3-5,7} O uso de enxerto associado à osteossíntese com PAB para o restabelecimento do suporte da coluna medial e o preenchimento da falha óssea que se forma após a redução da superfície articular de uma fratura impactada pode agregar estabilidade e auxiliar na manutenção da redução até que ocorra a consolidação. Várias técnicas foram descritas, como a associação do auto-enxerto ilíaco, osteocondutor e osteoindutor ou do alo-enxerto de fíbula ou de cabeça de fêmur, osteocondutores, de banco de osso.^{6,8,9} A retirada de enxerto ósseo autólogo agrega maior morbidade à cirurgia e a qualidade deste enxerto em pacientes idosos, com desmineralização do esqueleto e menor potencial osteogênico, pode ser insuficiente para prevenir o colapso da cabeça umeral. O alo-enxerto de fíbula intramedular restitui o batente medial e agrega estabilidade biomecânica suficiente para que não ocorra o colapso em varo, aumenta a força de fixação na interface parafuso osso e tem o potencial de integração, o que faz dele uma boa alternativa para o preenchimento das falhas ósseas nas fraturas do úmero proximal em idosos com cominuição metafisária medial.^{10,11,12} Resumimos a seguir 3 estudos clínicos mais recentes e 1 estudo biomecânico que comparam os resultados da osteossíntese com e sem o alo-enxerto de fíbula.

The potential of locking plate with intramedullary fibular allograft to manage proximal humeral fracture with an unstable medial column

Neste estudo comparativo retrospectivo os autores testam a hipótese de que o alo enxerto de fíbula intramedular associado à PAB é superior à placa isolada na prevenção do colapso em varo das FEPU em idosos, com osteoporose e coluna medial instável, definida por tomografia computadorizada como fratura da cortical medial metafisária com fragmentação ou contato ósseo insuficiente. Os pacientes foram divididos em 2 grupos; no grupo 1 (G1), 29 pacientes com idade acima de 65 anos e FEPU foram submetidos à osteossíntese com PAB isolada e no grupo 2 (G2), 34 pacientes foram submetidos à osteossíntese com PAB associada ao alo-enxerto de fíbula intramedular. Nos 2 grupos o parafuso anti varizante foi utilizado. Avaliaram-se a consolidação (formação de calo ósseo visível em 2 incidências radiográficas), o ângulo cefalodiafisário (ACD), o escore Constant-Murley (ECM), a amplitude dos

movimentos (ADM) de flexão anterior, abdução, rotação lateral e rotação medial e as complicações. Houve consolidação em ambos os grupos, com tempo médio de 13.9 semanas e 11.3 semanas, respectivamente, nos grupos 1 e 2. O ACD no pré-operatório, no pós-operatório imediato e na última avaliação, com 12 meses de pós-operatório, foram, respectivamente, 104.4°, 125.8° e 115.8° no G1 e 109.0°, 130.3° e 127.1° no G2, com diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($P < 0.05$). O ECM médio foi 67.4 pontos, variando de 60 a 80, no G1 e de 73.6 pontos, variando de 60 a 88 no G2 ($P < 0.05$). A ADM média (flexão anterior, abdução, rotação lateral e rotação medial) foi, respectivamente, de 109.0°, 48.2°, 34.0° e polegar-L5 no G1 e 127.5°, 118.2°, 38.7° e polegar-L1 no G2 ($p < 0.05$), exceto para rotação lateral. Como complicações, no G1 houve 1 caso de necrose avascular e 2 casos com *cutout* e no G2 houve 1 caso com *cutout*, mas a amostra e o seguimento pós-operatórios foram pequenos para comparar as complicações entre os grupos. Os autores concluem que, para pacientes com idades superiores a 65 anos com FEPU associada à instabilidade da coluna medial, os resultados clínicos e radiográficos do alo enxerto de fíbula associado à osteossíntese com PAB são superiores aos resultados obtidos com a PAB isolada e, portanto, a associação deste enxerto é uma opção promissora na prevenção do colapso em varo.

Which additional augmented fixation procedure decreases surgical failure after proximal humeral fracture with medial comminution: fibular allograft or inferomedial screws?

Neste estudo retrospectivo comparativo o objetivo dos autores foi testar a hipótese de que os pacientes idosos (≥ 65 anos) com FEPU em 3 ou 4 partes (3 p ou 4 p), com cominuição metafisária medial, tratados com PAB em associação com alo enxerto de fíbula (AF) evoluem com melhores resultados clínicos, ECM e Escala Visual Analógica (EVA) e radiográficos (medida do ACD em radiografias AP verdadeiro com rotação neutra do membro) do que os pacientes tratados com PAB associada ao parafuso infero medial (PIM). Foram avaliados 164 pacientes, divididos em 2 grupos (80 tratados com o PIM e 84 com o AF) subdivididos de acordo com a classificação de Neer (3 p e 4 p): 52 pacientes PIM com FEPU 3 p (PIM3) e 28 com FEPU em 4 p (PIM4); 55 pacientes AF com FEPU em 3 p (AF3) e 29 com FEPU em 4 p (AF4). O tempo mínimo de seguimento pós-operatório foi de 2 anos. Em todos os casos, para classificação e avaliação da cominuição medial, foram realizadas radiografias e tomografias com reconstrução 3D e, para avaliação da densidade mineral óssea, densitometria pré-operatória. O tempo máximo decorrido entre o trauma e a cirurgia foi de 2 semanas. Para avaliação do ACD foram realizadas radiografias no pós-operatório imediato (POI), com 2, 4, 8 e 12 semanas, 6 e 12 meses e anualmente. O colapso em varo foi definido como $ACD < 120^\circ$ na última radiografia e a redução em varo, $ACD < 120^\circ$ na radiografia do POI. Como objetivo secundário do estudo, os autores avaliaram as seguintes complicações: penetração articular dos parafusos, impacto subacromial da placa, necrose avascular da cabeça do úmero e migração da tuberosidade maior. O tempo de seguimento médio foi de 43 meses no grupo do PIM e de 40 meses no do AF. A idade média foi de 70 anos. Não houve diferença estatisticamente significativa para idade, sexo, dominância, intervalo entre o trauma e a cirurgia, tempo cirúrgico, mecanismo de trauma, presença de lesão do manguito rotador e densidade mineral óssea entre os dois grupos ($P > 0.05$). Não houve diferença estatisticamente significativa na avaliação clínica entre os pacientes dos grupos AF3 e PIM3 no POI ($P > 0,05$); no entanto o ACD no grupo AF3 foi significativamente $>$ do que no grupo PIM3 a partir da 12ª semana e no grupo AF4 o ACD foi significativamente $>$ do que no grupo PIM4 a partir da 4ª semana ($P < 0.05$). As complicações encontradas (rigidez, penetração articular dos parafusos, redução em varo, impacto

subacromial da placa e migração da tuberosidade maior) foram significativamente maiores no grupo PIM (5,5%) em comparação com o AF (1,2%) ($p < 0.05$). Os autores concluem que, embora tanto o PIM quanto o AF proporcionem resultados satisfatórios para as FEPU, em pacientes idosos, com cominuição metafisária medial, tratados com PAB, a associação do AF deve ser o procedimento adicional primário para restabelecer o suporte medial.

Comparison of the Effects of Proximal Humeral Internal Locking System (PHILOS) Alone and PHILOS Combined with Fibular Allograft in the Treatment of Neer Three- or Four-part Proximal Humerus Fractures in the Elderly

Neste estudo retrospectivo comparativo, o objetivo dos autores foi de testar a hipótese de que os pacientes idosos (idade > 60 anos) com FEPU em 3p ou em 4 p (classificados por radiografias e TC com reconstrução 3D) submetidos à osteossíntese com PB associada ao AF apresentam resultados clínicos e radiográficos superiores aos dos pacientes tratados com PB sem enxerto. Quarenta e dois pacientes foram divididos em 2 grupos: estudo (21 pacientes, PB com AF) e controle (21 pacientes, PB). Os parâmetros clínicos, coletados na última avaliação, foram a VAS, o ECM, os escores da American Shoulder and Elbow Surgeons (ASES) e Disability of Arm- Shoulder- Hand (DASH). Os parâmetros radiográficos, medidos em radiografias na incidência AP verdadeiro no POI e na última avaliação, foram o ACD e a altura umeral (AU), medida da distância entre o ápice da PB e o ápice da cabeça do úmero. Consideraram-se perda da redução diferenças do $ACD > 5^\circ$ ou da AU > 3 mm entre as radiografias do POI e da última avaliação. Como objetivo secundário, os autores avaliaram as complicações nos dois grupos (osteonecrose, *cutout* ou perfuração dos parafusos e perda da redução). O tempo médio de seguimento foi de 12 meses e não houve perda de seguimento. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudo e controle para idade, gênero, causa do trauma, classificação da fratura e tempo de seguimento pós-operatório. Não houve diferença estatisticamente significativa para a VAS entre os grupos estudo e controle ($P > 0.05$). Os escores CM, ASES e DASH foram maiores no grupo estudo do que no controle, com diferenças estatisticamente significantes

($P < 0.05$). A diferença média do ACD entre o POI e a última radiografia foi menor no grupo estudo ($3.42 \pm 0.71^\circ$) do que no controle ($9.82 \pm 1.02^\circ$), com significância estatística ($P < 0.05$). A diferença média da AU entre o POI e a última radiografia foi menor no grupo estudo ($2.14 \pm 0.33\text{mm}$) do que no controle ($4.54 \pm 0.42\text{mm}$), com significância estatística ($P < 0.05$). Houve 1 complicação no grupo estudo (osteonecrose) e 7 no grupo controle (3 casos de colapso, 3 de *cutout* e 1 de osteonecrose), com diferença estatisticamente significativa ($P < 0.05$). Os autores concluem que, para pacientes idosos com FEPu em 3p ou em 4p, a fixação com PB associada ao AF apresentou resultados satisfatórios, no seguimento de curto prazo, para suporte da cabeça do úmero e manutenção da redução e pode diminuir as complicações em comparação à PB isolada.

Proximal humeral fracture fixation: locking plate construct ± intramedullary fibular allograft

Neste estudo biomecânico em úmeros de cadáveres, o objetivo dos autores foi testar a hipótese de que a associação de enxerto de fíbula intramedular à PB pode resistir a um maior número de ciclos de forças deformantes em varo antes de colapsar e sofrer menor deformação por ciclo em comparação à PB sem enxerto. Para simular a cominuição metafisária medial, dissecaram-se ambos os úmeros de 8 espécimes de cadáveres com média de idade de 88 anos desde a cabeça umeral até a crista supracondilar e realizaram-se osteotomias com serra oscilatória no colo cirúrgico, o corte mais cranial transversal e no nível ínfero medial da margem da superfície articular da cabeça do úmero, em cunha, com base de 1 cm na cortical medial, simulando uma falha óssea por cominuição medial. Para obter o enxerto ressecou-se 8 cm de comprimento da região de menor diâmetro da diáfise da fíbula. O lado para a retirada do enxerto foi determinado por randomização simples e associou-se enxerto à PB no úmero do mesmo

lado sorteado; no úmero contralateral não se associou enxerto à PB. Utilizou-se a placa PHILOS - Synthes®, 3,5 mm, 3 orifícios para a diáfise, fixada na cortical lateral, 8 cm distal ao ápice da tuberosidade maior, com 1 parafuso cortical e 2 bloqueados de 3,5 mm na diáfise e 8 parafusos bloqueados de 3,5 mm, 5 mm abaixo do osso subcondral, na cabeça do úmero. Apenas o orifício central da cabeça ficou sem parafuso, para não fraturar o enxerto, que foi introduzido 5 cm no interior do canal medular, restando 1 cm na região da osteotomia e 2 cm impactados no interior da cabeça do úmero. Para os testes cíclicos, a cabeça do úmero foi fixada e um ciclo repetitivo de cargas (de 70 até 110 N) direcionadas medialmente foi aplicado na cortical lateral da diáfise do úmero, 7 cm distal à terceira fileira dos orifícios mais proximais da PB, gerando um momento varizante na cabeça do úmero, até que se completassem 25.000 ciclos, suficiente para provocar um deslocamento de 600 mm/minuto. A cada ciclo o sistema sofre um **deslocamento de pico**, quando se aplica a força máxima de 110 N, restitui parcialmente a conformação original e resta uma deformação residual, o **deslocamento vale**. Definiu-se **colapso** quando o **deslocamento vale** atinge um valor **maior ou igual** ao do **deslocamento pico**. O teste continuou até que se atingissem 25.000 ciclos ou o sistema entrasse em colapso. O objetivo foi reproduzir as forças varizantes que resultam da ação do supraespinhal em uma fratura quando se realizam 150 repetições de exercícios pendulares 3 vezes ao dia ou os exercícios passivos e ativos para ganho de ADM no PO, antes da consolidação da fratura. Das 8 estruturas com enxerto, 7 atingiram 25.000 ciclos e nenhuma entrou em colapso, ao passo que, das 8 estruturas sem enxerto, apenas 2 atingiram 25.000 ciclos e 6 entraram em colapso após uma média de 6604 ± 1984 ciclos ($P < 0,05$). Na média, as estruturas sem enxerto sofreram 800% mais danos do que aquelas com enxerto, embora sem significância estatística ($P < 0.05$). Os autores concluem que a associação do enxerto de fíbula à PB aumentou a resistência às cargas repetitivas varizantes e, clinicamente, esta associação pode ser útil na osteossíntese das FEPu em idosos com PB quando houver a associação entre osteoporose e cominuição da região metafisária medial.

Referências bibliográficas:

1. Südkamp N, Bayer J, Hepp P, Voigt C, Oestern H, Käbb M, et al. Open reduction and internal fixation of proximal humeral fractures with use of the locking proximal humerus plate. Results of a prospective, multicenter, observational study. *J Bone Joint Surg Am.* 2009;91(6):1320–8.
2. Gracitelli MEC, Malavolta EA, Assunção JH, Kojima KE, Reis PR, Silva JS, Ferreira Neto AA, Hernandez AJ. Locking intramedullary nails compared with locking plates for two- and three-part proximal humeral surgical neck fractures: a randomized controlled trial. *Shoulder Elbow Surg* (2016) 25, 695–703.
3. Court-Brown CM, Caesar B. Epidemiology of adult fractures: a review. *Injury.* 2006;37(8):691–7.
4. Resh H. Proximal humeral fractures: current controversies. *J Shoulder Elbow Surg.* 2011;20(5):827–32.
5. Hertel R, Hempfing A, Stiehl M, Leunig M. Predictors of humeral head ischemia after intracapsular fracture of the proximal humerus. *J Shoulder Elbow Surg.* 2004;13(4): 427–33.
6. Tenor Junior AC, Cavalcanti AMG, Albuquerque BM, Ribeiro FR, Costa MP, Brasil Filho RB. Treatment of proximal humeral fractures using anatomical locking plate: correlation of functional and radiographic results. *rev bras ortop.* 2016;51(3):261–267.
7. Ribeiro FR, Takesian F, Bezerra LEP, Brasil Filho RB, Tenor Junior AC, Costa MP. Impacted valgus fractures of the proximal humerus. *rev bras ortop.* 2016;51(2):127–131.
8. Robinson CM, Wylie JR, Ray AG, Dempster NJ, Olabi B, Seah KT, et al. Proximal humeral fractures with a severe varus deformity treated by fixation with a locking plate. *J Bone Joint Surg Br.* 2010;92(5):672–8.
9. Cui X, Chen H, Ma B, Fan W, Li H. Fibular strut allograft influences reduction and outcomes after locking plate fixation of comminuted proximal humeral fractures in elderly patients: a retrospective study. *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2019;20(1):2–8.
10. Kim YK, Kang SW, Jung KH, Oh YK. The potential of locking plate with intramedullary fibular allograft to manage proximal humeral fracture with an unstable medial column. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery.* Published online: 18 September 2020.
11. Kim DS, Lee DH, Chun YM, Shin SJ. Which additional augmented fixation procedure decreases surgical failure after proximal humeral fracture with medial comminution: fibular allograft or inferomedial screws? *J Shoulder Elbow Surg.* 2018.
12. Lei Zhao L, Qi Y, Yang L, Wang G, Zheng S, Wang Q, Liang B, Jiang C. Comparison of the Effects of Proximal Humeral Internal Locking System (PHILOS) Alone and PHILOS Combined with Fibular Allograft in the Treatment of Neer Three- or Four-part Proximal Humerus Fractures in the Elderly. *Orthopaedic Surgery.* 2019; 9999(9999):1-10.
13. Chow RM, Begum F, Beaupre LA, Carey JP, Adebeg S, Boutiane MJ. Proximal humeral fracture fixation: locking plate construct ± intramedullary fibular allograft. *J Shoulder Elbow Surg* (2012) 21: 894–901.



Quem somos fora do consultório

Caros amigos, durante as edições do Jornal SBCOC 2021, teremos esse espaço informal para conversarmos dos prazeres e atividades que movimentam a vida dos nossos associados quando não estão *consertando* ombros e cotovelos por todo o nosso país.

A ideia é termos um cantinho em nosso jornal para apresentarmos os passatempos relacionados a prática de esportes, estilo de vida, arte e culinária que muitos de nossos amigos espalhados por todo o Brasil praticam como filosofia de vida. Dessa forma, tentaremos diminuir a forçada distância que o momento nos impõe.

Nessa edição, conversamos sobre Triathlon, uma atividade desportiva que surgiu em 1974, na Califórnia, EUA, quando em um clube de Atletismo, alguns atletas, ao saírem de férias, receberam de seus treinadores uma planilha de treinos que constava de natação e ciclismo. Ao retornarem do recesso, os treinadores fizeram um teste que incluía as três modalidades (natação, ciclismo e corrida) para saber quem havia feito a “lição de casa”. Os atletas gostaram tanto da brincadeira que pediram para que fosse repetido nas férias seguintes, e ao retornarem do novo recesso, o novo teste incluiu os Guarda-vidas de San Diego, CA, EUA como desafiantes dos atletas. Assim, tal atividade foi se estabelecendo, ano após ano, até que em 1977, no Havaí, foi criada a prova de Ironman para aquele que completasse as três modalidades, sendo 3,8 km de natação na travessia de Kailua, 180km de ciclismo em Oahu, e 42,1km de corrida na Maratona olímpica do Havaí, consolidando o Triathlon. No Brasil, o Triathlon chegou em 1981, e a primeira competição ocorreu no Rio de Janeiro, em 1983. Atualmente o Triathlon é dividido em quatro distâncias oficiais: Sprint (também conhecido por Short), modalidade olímpica, longa distância e o mixed relay.

Para nos contar um pouco sobre sua experiência na prática do Triathlon convidamos um grande amigo do Mato Grosso, Luiz Augusto Tavares, cirurgião do ombro e cotovelo, graduado pelo Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO-RJ), que fala sobre a sua ligação com a prática regular de atividade física, como escolheu o Triathlon, como envolveu a esposa Maisa no seu hobby, como concilia a prática com a rotina de trabalho, dentre outras coisas.

Espero que a experiência dele possa funcionar como motivação para aqueles amigos sedentários, ou que possa aproximar aqueles que já tem o esporte como rotina em suas vidas!

Um abraço a todos!



Após completar prova de Ironman, em 2015

Modalidades	Natação	Ciclismo	Corrida
Sprint ou Short	750m	20 Km	5 Km
Olímpico	1,5 km	40 Km	10 Km
Longa distância (* pode chegar até ao triplo dessa distância)	3km	80 km	20 Km
Mixed Relay	300 m	8 km	30 Km

(Fonte: Confederação Brasileira de Triathlon. www.cbti.org.br)



Após completar uma etapa da Volta da França de Ciclismo, ao lado da esposa Maísa



Luiz Augusto Tavares e sua esposa, Maísa, celebrando a Maratona de Buenos Aires, em 2016

Relato de Luiz Augusto Tavares

A prática de atividade física sempre esteve presente na minha vida, foi incentivada pelos meus pais. Ao longo da infância pratiquei natação, caratê e futebol. Durante a faculdade comecei a correr, participei de provas de 10Km e encontrei uma maneira rápida e barata de manter a saúde. Um par de tênis e disposição já eram suficientes.

Após o término da residência em ortopedia e do estágio em cirurgia do ombro e cotovelo no INTO-RJ, eu me casei. Minha esposa também praticava corrida e começamos a participar de provas juntos. Acredito que fazer atividades em família melhora o relacionamento e o torna mais saudável.

Participamos de diversas provas de 10km, meia maratonas, corridas de aventura e maratonas. Nossa primeira maratona foi em 2016 em Buenos Aires, treinamos durante um semestre, acordando cedo aos finais de semana e seguindo as orientações de uma assessoria esportiva. O auxílio de um treinador, mesmo à distância, melhora a qualidade dos treinos e diminui a chance de lesões. Correr maratona necessita de um planejamento, tanto de treinos quanto nutricional. Sofremos um pouco, não foi fácil, mas valeu a pena. A outra vantagem da assessoria é que convivemos com pessoas ligadas ao esporte, diversificando o círculo de amizades.

Procurando outros desafios comecei a praticar ciclismo e natação, e migrei para o triathlon. Participei de provas de ciclismo do Tour de France no Brasil e na França, provas de triathlon e Ironman. Dessa vez minha esposa estava presente como torcedora e incentivadora, o que foi essencial.

Para nós médicos o tempo é escasso, o estresse de cirurgias e consultório nos tira muito tempo de casa. Por esse motivo trazer a esposa para uma prática em conjunto é muito importante e incentivador. Acredito que não seria possível trabalhar, estudar e ainda praticar exercícios longos estando afastado da família.

Acredito que associar uma viagem a uma competição enriquece a experiência, e incentiva tanto o lazer da viagem em família quanto a prática de treinos. É claro que sempre há problemas de logística, principalmente quando se cruza um país levando uma bicicleta no porta malas do carro.

Conhecemos parte do Brasil, Europa e Estados Unidos participando de provas de corrida e ciclismo, além visitar restaurantes, museus e parques. Temos boas lembranças das viagens. Uma boa dica é sempre começar a viagem pela prova que escolher, depois deixe os outros dias para passear. Deixar a prova para o final da viagem corre-se o risco de sofrer mais com peso extra e uma certa preguiça pós álcool!!

Nesse último ano tivemos que reduzir um pouco a prática de exercícios. A pandemia cancelou a maratona de Chicago de 2020, além de outras provas. Por outro lado nos trouxe a boa notícia da gravidez, e estamos aguardando com grande felicidade a chegada do nosso primeiro filho.

Esperamos ter saúde para participar de provas com ele daqui a alguns anos e ensinar que a vida precisa de equilíbrio entre o trabalho e o lazer.



O manguito rotador de Monro a Codman

Como especialistas, temos responsabilidade de conhecer epônimos, autores e técnicas sobre a patologia do manguito rotador da geração **Charles Neer** (1970) em diante. Para colegas mais interessados em cultura e humanismo, vale a pena conhecer a riqueza de conteúdo existente sobre o tema entre a geração **Earl Codman** (1920) e a de Neer (1970). Historiadores são responsáveis pelo resgate de material antes disso. A descrição a seguir trata disso.

Não se conhece o autor da expressão “Manguito Rotador”... Também existe dúvida sobre o pioneiro na descrição das lesões desta estrutura. Para alguns foi **A. Monro**, de Edimburgo, em 1778 (“*A description of all the bursae mucosae of the human body*”), cuja ilustração é de um probe atravessando o manguito. Monro assim descreve: “a bursa se torna algumas vezes aumentada na gota, reumatismo, escrófulo, contusões e luxações. As bursas redondas tendem a sofrer mais que a vaginal, e este aumento de volume é circunscrito, fixo, e facilmente diferenciado de abscesso, que é mais superficial e possui flutuação”. Fig 1 e 2.

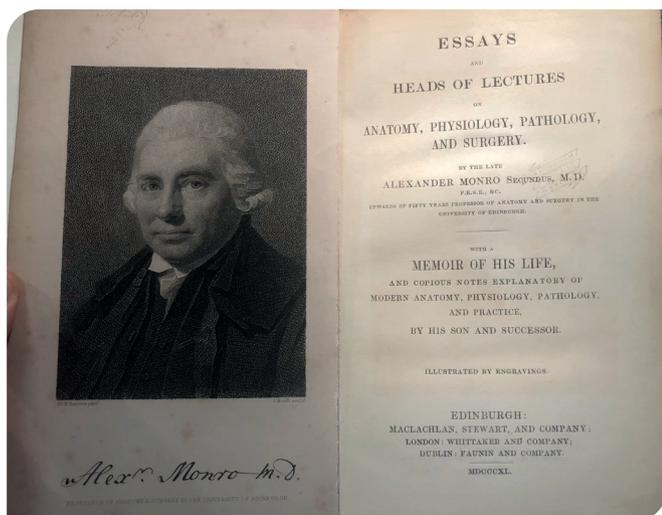
Para outros foi **John Smith**, em 1834, de Londres, na *London Medical Gazette*. **W.H. Flower** descreve em 1861 no *Transactions of the Pathological Society of London*, que “a ruptura do manguito não é uma doença rara”, e **François Jajavay**, em Paris, é o primeiro a descrever a inflamação da bursa em 1867. **John Ashurst** descreve em 1869 a ruptura traumática do manguito causada por luxação; mais tarde ele foi eleito “*John Rhea Barton Professor of Surgery*” na Pensilvânia por curto período (1889 – 1990).

Em Berlim, **Hüter** descreve a ressecção da cabeça do úmero e reinserção do manguito na diáfise umeral em 1870. Mais tarde, em 1916 a mesma técnica é re-editada pelos franceses **Nové-Josserand e Tuffier** para tratar lesões infectadas da primeira guerra mundial e em 1933 o norte-americano **Laurence Jones** adiciona a interposição da fásia lata para evitar o atrito ósseo, conquistando o epônimo de cirurgia de Jones até os dias de hoje.

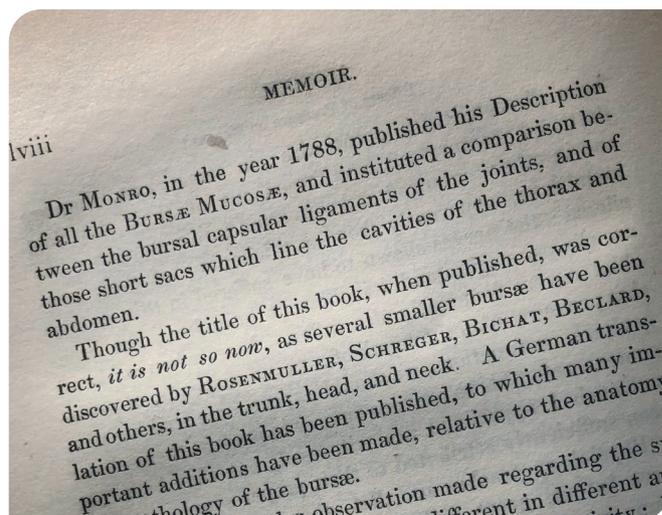
Emmanuel Simon Duplay teve larga contribuição ao entendimento do espaço sub-acromial, que chamou de “segunda articulação”. Em 1872 ele descreve a “periartrite escapulo-umeral” (Fig. 3), baseado na observação de oito casos em que havia dor intensa e rigidez do ombro seguida de trauma. Os casos foram tratados por manipulação sob anestesia. Duplay talvez estivesse descrevendo o que conhecemos hoje por capsulite adesiva... Ele acreditava que a bursa inflamada era a causa da patologia. Possuo dois livros originais de Duplay no Acervo de Livros Médicos. Fig 4.

O escocês **Robert Adams**, no livro “*Rheumatic Gout*”, de 1873, define a ruptura do manguito com um processo puramente reumático ao invés de traumático ou degenerativo.

O alemão **Bardenhauer** afirma em 1886 que o manguito rotador poderia ser suturado no artigo *Die verletzungen der oberen extremitäten*, foi em 1898 que **W. Müller** descreve a sutura do manguito em cirurgia de luxação traumática. Este seja, talvez, o autor da primeira reparação de manguito rotador documentada na bibliografia.



Ensaio do Dr. Moro, livro escrito em 1840 por Alexander Monro Secundus, seu filho. (Acervo particular)



Início da descrição da “Bursae Mucosae” por Monro em 1788. (Acervo particular)

A técnica se dissemina na avançada medicina alemã e em 1906, **George Clemens Perthes**, ou simplesmente Perthes, de Leipzig, relata a reparação do manguito utilizando grampos e fios *catgut*. Neste mesmo artigo, o clássico - *Über operationem bei habitueller schulterluxation*, publicado no *Langenbecks archiv für klinische chirurgie*, de Berlim - ele descreve a lesão no rebordo da glenóide, que foi mais tarde chamada de "lesão essencial" pelo inglês **Arthur Sydney Blundell Bankart**, em 1923. Perthes, em apenas uma publicação populariza a reparação do manguito, torna-se o precursor do uso de âncoras no ombro e descreve a lesão da borda da glenóide.

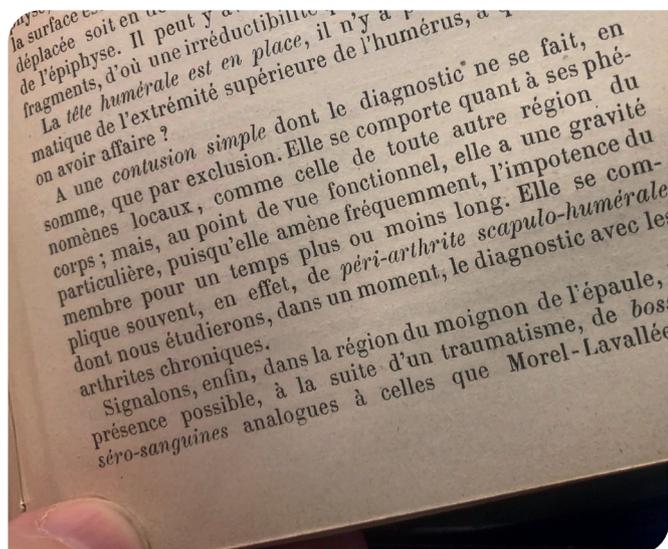
Com o advento do RX em 1895 por **Willhem Roentgen**, o ombro passa a ser melhor investigado e a tendinite calcária é identificada por Painter nos EUA em 1907 e Stieda na Alemanha em 1908 como uma patologia da bursa sub-acromial". Foi **Moscowitz Wrede**, em 1912, que sugeriu que o depósito de cálcio se localizava no tendão e não na bursa. Também pela

radiologia, os alemães **G. Kessler, M. Meyer e E. Bettman** avaliaram o cabo longo do biceps no início do século passado.

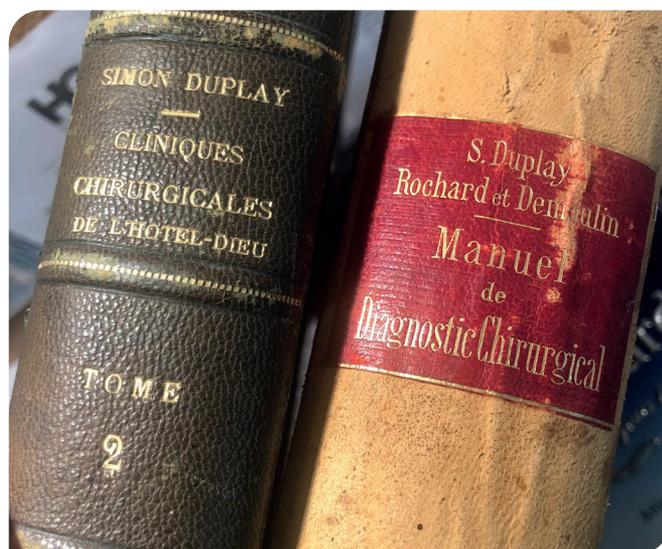
Em 1909, no sexto ano de edição do *American Journal of Orthopaedic Surgery*, **John Goldwait** descreve peculiaridades anatômicas do acrômio e do processo coracóide. No mesmo ano, e pela primeira vez, **H. Stevens** descreve rudimentos básicos da biomecânica do manguito e informa que alterações das forças seriam responsáveis pela dor sub-acromial, no clássico "*The action of the short rotators on normal abduction of the arm, with a consideration of their action on some cases of subacromial bursitis and allied conditions.*" publicado no *American Journal of Medical Sciences*.

Estes são as contribuições sobre a patologia do manguito rotador mais conhecidas deste período. Então, a era Codman se aproxima ...

(As referências bibliográficas estão disponíveis e não foram inseridas por se tratar de uma coluna e não de artigo científico).



Descrição original da periartrose escapulo-umeral, precursora da capsulite adesiva. (Acervo particular)



Duplay escreveu vários livros sobre medicina geral. Em nenhum destes livros existe índice para que um assunto possa ser localizado com facilidade. (Acervo particular)