



7º CLOSED MEETING

MANGARATIBA / RJ
26 A 28 . AGOSTO . 2021

COM SEGURANÇA, ESPERAMOS TODOS VOCÊS!

LEIA NESTA EDIÇÃO

5º TECOC
SBCOC dá boas-vindas
aos novos membros!

História da Cirurgia
de Ombro e Cotovelo

Intervalo
Quem somos fora
do consultório

MARCIO THEO COHEN
PRESIDENTE DA SBCOC

Caros colegas

Nossa segunda edição do Jornal da SBCOC deste ano é impressa. Nesse momento virtual que vivemos, acreditamos que assim podemos chegar mais perto de cada um de vocês associados da SBCOC e compartilhar o que tem sido feito neste ano de 2021 e os projetos que estão por vir.

Notícias boas e eventualmente tristes ainda batem em nossas portas e a diretoria e todas as comissões seguem firmes e otimistas esperando tempos melhores e sempre a disposição de fazer o melhor pela SBCOC.

Nossa Comissão de Ensino e Treinamento deu início a série de webinars voltados para o residente em formação na especialidade. A Comissão de Educação Continuada continua na feitura de todo planejamento das atividades científicas para os nossos membros e procurando, sempre de forma democrática, prestigiar os diversos serviços credenciados e membros, respeitando as nossas regionalidades.

Damos destaque para a 5ª Prova de Título que pela primeira vez ocorreu de forma totalmente online e com isso brindamos nessa edição a entrada de novos membros. E por último, trazemos todas as informações do nosso 7º Closed Meeting que será de forma presencial no Rio de Janeiro, na região de Mangaratiba, porém com vagas limitadas e seguindo todos os protocolos necessários para que possamos estar juntos de maneira responsável.

Consideramos que todos os congressistas na época do evento já estarão vacinados com duas doses na sua totalidade. Saúde a todos e não deixem de prestigiar nosso site www.sbcoc.org.br, pois lá vocês encontrarão mais informações de todos os eventos que estão acontecendo, além da novidade dos vídeos de técnicas cirúrgicas feitos pelos nossos associados.

Muito obrigado a todos pela confiança!
Marcio Cohen
Presidente da SBCOC

Essa edição está repleta de densas matérias. Vocês verão como se deu o 5º TECOC, totalmente virtual. Estamos às vésperas de um evento presencial, onde teremos a grata oportunidade de rever os amigos e compartilhar experiências. Tenho certeza de que há por parte de todos uma grande expectativa nesse reencontro após dois anos. Afinal, o nosso último grande evento oficial foi o Closed Meeting em Buenos Aires, como pré-congresso do Mundial de Ombro.

Há um artigo de atualização científica sobre as fraturas do 1/3 médio da clavícula, além de um espaço para descontração e outro para homenagem ao nosso querido colega, Leonardo Nobre. Além disso, gostaríamos de parabenizar e homenagear os nossos novos associados! Você encontrará a lista com os nomes dos aprovados no TECOC. Confira também a grade científica do Closed Meeting que será presencial e a segunda matéria da Trilogia: O Manguito Rotador.

Nossos editores se esmeraram para oferecer informação de qualidade, fazendo jus ao nosso mais importante veículo de comunicação. Abraço a todos e boa leitura!

Ildeu Almeida
Editor-Chefe



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
LUIS 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
LUIS 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

Os artigos assinados não representam, necessariamente,

a posição da editoria da SBCOC.



7º CLOSED MEETING

MANGARATIBA / RJ
26 A 28 . AGOSTO . 2021

Prepare-se para o 7º Closed Meeting

O evento acontecerá presencialmente em Mangaratiba, RJ, de 26 a 28 de agosto respeitando todas as normas sanitárias

O Closed Meeting vem se aproximando e com isso a Diretoria tem se dedicado minuciosamente para que o evento ocorra na sua melhor forma e com segurança para todos.

Trata-se do grande e esperado evento da SBCOC que contará com uma rica grade científica, com apresentações de diversos colegas e a incrível participação de quatro convidados internacionais que farão suas exposições por meio de aulas gravadas e estarão disponíveis, virtualmente e em tempo real, para participação de discussões e perguntas durante o evento. São eles: Leesa Galatz (EUA), Ian Lo (Canadá), Jay Keener (EUA) e Joaquim Sanchez-Sotelo (EUA).

Essa será uma grande oportunidade de discussões de alto nível sobre tudo que existe sobre as lesões do manguito rotador passando da ciência básica até a artroplastia reversa.

O evento será realizado no Portobello Resort & Safári que fica a 100km do Rio de Janeiro, inserido dentro de uma fazenda com Mata Atlântica preservada que fica de frente para

o mar, com uma praia de 1km de extensão. São 150 quartos, todos com vista para o mar, e o resort conta com amplos e bem equipados salões para convenções, diversas opções de alimentação e uma infinidade de possibilidades de lazer.

O hotel estará exclusivo para o nosso Congresso.

Considerando a delicadeza do momento de pandemia que ainda estamos vivendo, seguiremos os protocolos de segurança e será solicitado que todos os congressistas sejam previamente testados para a Covid-19. Dessa forma, só poderão participar aqueles que estiverem hospedados dentro do hotel do Congresso (**e, portanto, as vagas são limitadas!**) a fim de evitar a entrada/saída de pessoas que circulem fora das instalações do Resort buscando assim, preservar a saúde e bem-estar de todos.

Busque mais informações no site do 7º Closed Meeting: <https://sbcoc.org.br/cm/> e faça a sua inscrição e reserva por lá ou com a agência de turismo Lunes Tour (11) 98268-0133, responsável pelo Congresso.

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-OUT: 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

Programação Científica – 7º Closed Meeting

Pela primeira vez a programação Científica do 7º Closed Meeting será monotemática: “Manguito rotador: tudo o que precisamos saber”. “Iremos explorar todas as facetas desse tema tão presente no dia a dia da grande maioria dos cirurgiões de ombro e cotovelo”, acrescenta o presidente da SBCOC, Marcio Cohen. Confira abaixo a programação completa:

HORÁRIO	QUINTA-FEIRA - 26.08.2021
14:00 - 14:45	Lesões do Manguito Rotador - Open questions in 2021
	Moderador 1: Jair Simmer Filho
	Moderador 2: Benno Ejnisman
14:00 - 14:06	Lesões parciais do manguito rotador: desbridamento; conversão em lesão completa ou reparo transtendinoso? Flávio de Oliveira França
14:07 - 14:13	VÍDEO: Lesões parciais do manguito rotador: reparo transtendinoso - Fábio Brandão Almeida
14:14 - 14:20	Lesões de tamanho médio: fileira única ou dupla? Marcio Schiefer de Sá Carvalho
14:21 - 14:27	VÍDEO: Reparo em dupla fileira com sutura em ponte - Wagner Castropil
14:28 - 14:45	Discussão: perguntas e respostas
14:46 - 15:30	Lesões do Manguito Rotador - Open questions in 2021
	Moderador 1: Carlos Henrique Ramos
	Moderador 2: Fabio Farina Dal Molin
14:46 - 14:52	Acromioplastia - anterior, lateral, de forma alguma? João Felipe de Me-deiros Filho
14:53 - 14:59	Os acromiale e lesão do manguito rotador: existe consenso na abordagem? Quais as opções? Fábio Matsumoto
15:00 - 15:06	Lesão do manguito rotador bilateral: como tratar o lado assintomático? Maria Isabel Pozzi
15:07 - 15:13	Quando realizar o reparo do manguito rotador em pacientes acima de 75 anos - Fernando Carlos Mothes
15:14 - 15:30	Discussão: perguntas e respostas
15:30 - 16:00	COFFEE BREAK
16:00 - 16:25	CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
16:00 - 16:15	Non-operative treatment of partial thickness rotator cuff tears. Can it work? Ian Lo (aula gravada)
16:16 - 16:25	Perguntas e respostas
16:26 - 17:26	Mesa Redonda Moderna
	Moderador casos 1 e 2: Sergio Luiz Checchia
	Moderador casos 3 e 4: Osvaldo Luiz Canfield Lech
	Debatedores: Eduardo da Frota Carrera, Marco Antônio de Castro Veado, Adalberto Visco, Roberto Ikemoto, Arildo Eustáquio Paim
	Caso 1 - Lesão de 2 cm em pacientes ativos de 50, 60 e 70 anos
	Caso 2 - Lesão reparável + artrose no paciente de meia idade: reparar?
	Caso 3 - Lesão cirúrgica do MR + rigidez: quando operar?
	Caso 4 - Dor refratária no pós-op de MR, com tendões cicatrizados. Como tratar?
17:27 - 17:50	CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
17:27 - 17:42	Rehabilitation following rotator cuff repair - Leesa Galatz (aula gravada)
17:42 - 17:50	Perguntas e respostas
	HORÁRIO
08:30 - 09:10	SEXTA-FEIRA - 27.08.2021
	Ciência básica e lesões extensas do manguito rotador
	Moderador: Carina Cohen
08:30 - 08:36	Aspectos biológicos da cicatrização do manguito rotador - Eduardo Angeli Malavolta
08:37 - 08:43	Aspectos genéticos relacionados a fisiopatologia da lesão do manguito rotador - Marcus Vinícius Galvão Amaral
08:44 - 09:05	CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
08:44 - 08:59	Biologics for rotator cuff repair - where are we in 2021 - Leesa Galatz (aula gravada)
09:00 - 09:10	Perguntas e respostas
09:11 - 09:30	CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
09:11 - 09:26	Revision arthroscopic rotator cuff repair: My Approach - Ian Lo (aula gravada)
09:26 - 09:30	Perguntas e respostas

09:31 - 10:00	Mesa Redonda Moderna
	Moderador: Rickson Guedes de Moraes Correia
	Debatedores: Carlos Vicente Andreoli, Luciana Andrade da Silva, Sandro da Silva Reginaldo, Luis Alfredo Gomez Vieira
	Caso 1 - Lesão pequena do MR associada a condropatia
	Caso 2 - Lesão extensa do manguito rotador no esportista
10:00 - 10:30	COFFEE BREAK
10:30 - 11:37	Desafios e controvérsias nas lesões extensas do manguito rotador
	Moderador: Arnaldo Amado Ferreira Neto
10:30 - 10:36	Pseudo-paralisia atraumática é uma contra-indicação para o reparo do manguito rotador? Paulo Santoro Belangero
10:37 - 10:43	VÍDEO: Transferência do grande dorsal: indicações e técnica - Caio Santos Checchia
10:44 - 10:59	Superior capsular reconstruction for massive irreparable rotator cuff tears - Ian Lo (ao vivo)
11:00 - 11:10	Perguntas e respostas
11:11 - 11:17	VÍDEO: Reconstrução com bíceps - Bruno Lobo Brandão
11:18 - 11:33	Muscle transfers for massive rotator cuff tears - Leesa Galatz (ao vivo)
11:34 - 11:44	Perguntas e respostas
11:45 - 12:45	Mesa Redonda Moderna
	Moderador casos 1 e 2: Alberto Naoki Miyazaki
	Moderador casos 3 e 4: Joel Murachovsky
	Debatedores: Bernardo Barcellos Terra, Paulo Cesar Faiad Piluski, José Carlos Souza Vilela, Marcelo Costa de Oliveira Campos
	caso 1 - Lesão extensa do manguito rotador em paciente com 60 anos e elevação preservada acima da cabeça
	caso 2 - Paciente meia idade com lesão extensa posterossuperior + subescapular
	caso 3 - Lesão extensa de MR + instabilidade de ombro
	caso 4 - Lesão extensa do MR anterosuperior
	HORÁRIO
	SÁBADO - 28.08.2021
09:00 - 10:20	Artroplastia para tratamento da artropatia do manguito rotador
09:00 - 09:08	Seleção dos implantes para a artroplastia reversa do ombro para tratamento da artropatia do manguito rotador - Ildeu Afonso de Almeida Filho
09:09 - 09:17	VÍDEO: O valor do planejamento pré-operatório na artropatia do manguito rotador - Luis Gustavo Prata Nascimento
09:18 - 09:26	VÍDEO: Reconstrução da glenóide na artropatia do manguito: enxerto ósseo - Geraldo da Rocha Motta Filho
09:27 - 10:20	CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
	Moderador: Geraldo da Rocha Motta Filho
09:27 - 09:42	Technical tips for Reverse Shoulder Arthroplasty (rotator cuff arthropathy) - Jay Keener
09:43 - 09:53	Perguntas e respostas
09:54 - 10:09	Reverse shoulder arthroplasty / RC arthropathy: what I have learned in the past 15yrs - Leesa Galatz
10:10 - 10:20	Perguntas e respostas
10:21 - 10:51	COFFEE BREAK
10:52 - 11:22	Mesa Redonda Moderna
	Moderador: Marcio Cohen
	Debatedores: Maurício de Paiva Raffaelli, José Carlos Garcia Júnior, Michael Simoni, Renato Aroca Zan
	Caso 1 - Artropatia sem desgaste da glenóide
	Caso 2 - Artropatia com desgaste antero-superior da glenóide
11:23 - 11:49	CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
11:23 - 11:38	Mix reality and shoulder arthroplasty - Joaquim Sanchez-Sotelo
11:39 - 11:49	Perguntas e respostas
11:50 - 12:00	Encerramento

5º EXAME para obtenção do TÍTULO da SBCOC: boas-vindas aos novos membros

Nesse período de pandemia em que tantas adaptações foram necessárias pautadas pelo distanciamento social, foi preciso também “reinventar” a realização da prova para obtenção do Título de Especialista em Cirurgia de Ombro e Cotovelo (TECOC) visando sempre proteger a saúde de todos. No dia 29 de maio, pela primeira vez, a SBCOC realizou a sua prova 100% online.

A Comissão de Prova formada pelos doutores Luis Alfredo Gomez Vieira, Alessandro Ulhoa Rodrigues, Alberto de Castro Pochini, Paulo Santoro Belangero, Lucas Braga Jacques Gonçalves, Bernardo Barcellos Terra, Marcelo Carvalho Krause Gonçalves e Guilherme Henrique Vieira Lima, realizou um brilhante trabalho para que tudo acontecesse com seriedade e segurança. Contaram ainda com o apoio dos doutores Roberto Ikemoto, Márcio Cohen e Sandro da Silva Reginaldo que estiveram presentes no dia da prova (foto abaixo).



Comissão examinadora de prova

Segundo Alessandro Ulhoa Rodrigues, foi um desafio para a Sociedade transformar a prova em formato digital. Antes da pandemia já existia um modelo de prova presencial praticamente pronto. “Nosso primeiro passo foi informar aos candidatos da mudança e depois, entender o processo de realização e os sistemas de segurança necessários que envolviam a prova online. Com a ajuda da empresa Primeira Escolha, que já era nossa parceira na correção da prova, ajustamos a prova escrita para o modelo online e fizemos a prova teórico-prática incluindo os conceitos das provas oral e de habilidades”, explica.



“A realização da prova online ocorreu de acordo com a nossa expectativa”

Alessandro Ulhoa Rodrigues

Apesar de desafiador no início, a realização da prova online surpreendeu a todos pela modernidade e precisão do sistema utilizado. “Estávamos ansiosos e com uma expectativa muito grande de como a prova iria se desenrolar. Monitoramos em tempo real a entrada dos candidatos no sistema e a realização das provas. De uma forma geral, a realização da prova ocorreu de acordo com nossa expectativa. A plataforma mostrou-se segura, confiável e suportou o acesso de todos os candidatos”, acrescenta Alessandro.



Trabalho em Equipe: Comissão e Apoio

Foram 144 alunos realizando a prova em seus computadores, monitorados do início ao término por uma equipe de 21 pessoas, mais o apoio de Inteligência Artificial que permitiu dentre tantas informações:



- Monitoramento do ambiente de prova (luminosidade ambiente);
- Alerta de movimentações dos candidatos;
- Tempo de execução de cada pergunta e tempo total de prova;
- Embaralhamento de questões, sendo feitas em diversificadas sequências para cada candidato e não permitindo retorno à questão após assinalar alternativa;
- Correção quase imediata de prova com checagem de dados conflitantes e de situações alertadas;

A SBCOC ficou muito satisfeita, pois todos os inscritos conseguiram concluir a prova, ainda que com pequenas dificuldades de rede ou tecnológicas.

Aproveitamos a oportunidade para parabenizar e dar as boas-vindas a todos os aprovados e cumprimentar, em especial, Rafael Waldolato Silva, residente do Serviço da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG) que é chefiado por Marco Antônio Veado e se classificou como primeiro colocado na prova de obtenção do TECOC.

Confira a lista dos aprovados abaixo:

AFONSO POYER BONGIOLO
AIRTHON CARLOS CORREIA
ALANA CASELATO DE SOUSA
ALEXANDRE DE CHRISTO VIEGAS
ALEXANDRE RODRIGO BENVENUTTI
ANA VICTÓRIA PALAGI VIGANÓ
ANDRÉ AUGUSTO DO PRADO TORRES
ANTONIO FERREIRA BORGES NETO
ARTHUR RODRIGUES BALDAN
BRENO DE PAULA FALEIROS PIRES
BRUNO AUGUSTO MENDONÇA CAPELLASSO
BRUNO BOSIO DA SILVA
BRUNO SALES FRANCO
BRUNO ZAMPAULO
CAIO VILLELA ANTONIALLI
CAIQUE KRANHOLDT FERREIRA
CAROLINE OLIVEIRA VILLARES
CELSSO ASSIS REIS SILVA JUNIOR
CHARLES DIOGO AMMAR
DANIEL ALMEIDA SILQUEIRA
DOUGLAS GUALTER CORRÊA SALLES
EDUARDO JUNQUEIRA NEVES
ERIC CURI SILVEIRA
ERIC GUSTAVO REGGIANI
FABRÍCIO MARTINELLI
FABRICIO QUEIROZ DA SILVA
FAUER IEGON MARCO DE OLIVEIRA
FELIPE ABNER ALVES DE MAGALHÃES
FELIPE ANTÔNIO RODRIGUES DE PAIVA
FELIPE FONTES
FELIPE MARQUES ALENCAR
FERNANDA DE CARVALHO E SILVA
FERNANDO ANTÔNIO BATISTA ANDRADE
FERNANDO HENRIQUE BARCELOS AMORIM
FERNANDO JUNQUEIRA NEVES
FRANCISCO CABRAL DE OLIVEIRA NETO
FREDERICO FERNANDES RESENDE
GUILHERME ALVES DUARTE BRANDÃO
GUILHERME DOS SANTOS GONÇALVES GIL
GUILHERME PEREZ CARREIRA
GUILHERME VIEIRA GONÇALVES
GUSTAVO DIAS NEVES
GUSTAVO JUM YAMAMOTO
HELIO GONCALVES RIBEIRO FILHO
HENRIQUE DEVES VIANA
ÍTALO PIRES FARIAS
JAKSON DA SILVA MOURA
JARDEL PEREIRA TESSARI
JOÃO ARTUR BONADIMAN
JOÃO CARLOS ROBERTO CHAVES
JOÃO VICTOR DE CAMPOS GOMES RONDON
JOSÉ GILVAN LEITE SAMPAIO LANDIM

KALEU COSTA NERY
KESLEY GARCIA DE OLIVEIRA
LEANDRO YOSHIKI KUWAE
LEONARDO DAÍ MINO
LEONARDO PERISSE ARANTES
LEONARDO TADEU SILVA DO CARMO
LESSANDRO DA ROCHA ESCARSO JUNIOR
LUANA TOSSOLINI GOULART
LUCAS GIOVANNI CATTANEO
LUCAS SOARES DOS SANTOS
LUCAS TONHÁ DE CASTRO
LUIS EDUARDO RAMOS ABILIO MANHAES DE LIMA
MARCELO CAIO GOMES DE BRITO
MARCELO DA COSTA CAVA
MÁRCIO DIEGO CASTRO TEIXEIRA
MARCOS ALBERTO BEZERRA FILHO
MATEUS FRANCESCHI DALLANORA
MATHEUS BENICA CAMPOS DELL'ORTO
MEYRELLES RODRIGUES RESENDE
MILKLESON BRUNO PESSOA SANTOS
NATANIEL SOUSA SANTOS FILHO
NICOLAS FRANCO FERREIRA
OTAVIO COSTA PARRO
PABLO FALCHETTO ALTOÉ
PAULO HENRIQUE SAMPAIO RIBEIRO
PEDRO FILGUEIRAS HIDALGO
PEDRO HENRIQUE SILVA CAMPOS
RAFAEL CANAS FERNANDES LOPES
RAFAEL CAPELLEIRO NASCIMENTO
RAFAEL HENRIQUE RANGEL NUNES
RAFAEL WALDOLATO SILVA
RAPHAEL FERREIRA JORGE
RAVENNA CAVALCANTE BESSA DE QUEIROZ
RENATO MIYADAHIRA
RENATO PININGA HOLANDA CAVALCANTE
RICARDO BERRIEL MENDES
RODOLPHO LEMES DE OLIVEIRA
RODRIGO CALIL TELES ABDO
RODRIGO CARVALHO NORBERT COSTA
RODRIGO PASTORE PARMAGNANI
SERGIO CARAN MACHADO JUNIOR
TAÍS BRUSANTIN DE OLIVA
TANNOUS JORGE SASSINE
THIAGO DE ABREU ALVES
THIAGO DOURADO DUARTE
THIAGO SEQUEIRA DA CRUZ
TIAGO OLIVEIRA DE AGUIAR
VICTOR DE BULHOES ULIANA SECHIN
VICTOR HENRIQUE COELHO
VICTOR LINHARES LUNGUINHO
VICTOR SANTO PIETRO PEREIRA
VITOR LUIS PEREIRA



Vídeos de Técnicas Cirúrgicas: novidade no site da SBCOC

Vídeos estão disponibilizados na área do associado e a proposta é contar com a participação dos cirurgiões de ombro e cotovelo



A SBCOC acaba de lançar um novo serviço para o associado em seu site: uma área exclusiva de vídeos de Técnicas Cirúrgicas. Em “Área do associado”, é possível navegar e assistir a vídeos que abordam técnicas em cirurgia de ombro e cotovelo. “Através dessa página, vamos proporcionar mais uma ferramenta de atualização ao cirurgião de ombro e cotovelo”, explica Marcio Cohen, presidente da SBCOC.

Além de assistir as técnicas já disponíveis, o associado também poderá enviar os seus vídeos para publicação no portal. Para isso, ele deverá seguir as orientações que estão disponíveis na própria página do site. “Além de permitir que o associado divulgue a sua técnica, os vídeos serão utilizados como ferramenta de aprimoramento e troca de experiências”, acrescenta Sandro Reginaldo, convidando todos os associados a participar.

Envie o seu vídeo para a SBCOC

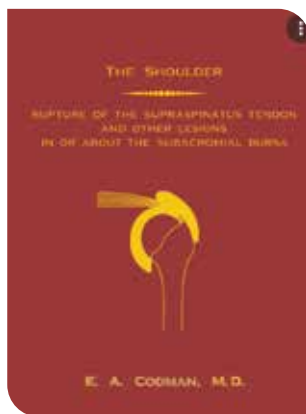
Para enviar o seu vídeo de técnica cirúrgica, acesse o site da SBCOC, vá para o menu “Área do Associado” e clique em “Técnicas Cirúrgicas”. Nessa página, clique em “Envie o seu Vídeo”. Leia as instruções descritas na página e em seguida, clique em preencher o formulário. “O formulário é simples e demora cerca de 2 a 3 minutos para ser preenchido. Preencha todos os campos e nos envie o seu material. Mas lembre-se, leia com atenção as orientações antes de enviar o vídeo. Isso garantirá maior qualidade e probabilidade de aceitação do seu material para divulgação no site da SBCOC, explica Caio Checchia, membro da comissão de publicidade, divulgação e marketing. “Esse é um convite a todos os associados para que participem desse programa e aproveitem para trocar experiências!”, finaliza Caio.



O Manguito Rotador de Codman A Neer

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). A descrição a seguir trata disso.

Ernest Amory Codman (1869-1940) é considerado o "pai da cirurgia do ombro". Enquanto estudante em Harvard, visitou vários centros médicos de excelência na Europa em 1892-93, onde estudou sobre a bursa subacromial em Viena, sob a orientação de **Eduard Albert**. Em 1906, ele apresenta em Cleveland *"On stiff and painful shoulders. Subdeltoid Bursitis: The anatomy of the subdeltoid or subacromial bursa and its clinical importance"*. Em 1909, ele realiza a primeira reparação de manguito rotador nos EUA – o procedimento já vinha sendo feito na Alemanha há mais de 20 anos – e publica os resultados de dois casos em maio de 1911. Em 1934, ele publica o icônico livro *"The Shoulder: Rupture of the Supraspinatus Tendon and Other Lesions In or About the Subacromial Bursa"* (Fig 1). Na época, a bibliografia sobre o tema era quase inexistente. A edição foi limitada a 300 exemplares e paga pelo próprio autor, já que a editora não acreditou que o livro venderia bem. O irrequeto – e genial – médico do Massachusetts General Hospital (MGH) foi também pioneiro em avanços na radiologia, anestesiologia, cirurgia da úlcera duodenal, sarcoma ósseo (primeiro banco de dados sobre o tema), administração hospitalar, e, principalmente, o conceito de *"End Result Idea"*, que é o resultado final a longo prazo de qualquer tratamento médico. Este conceito, que lhe custou muitas inimizades e o emprego no MGH, confere a Codman o status de pioneiro também na epidemiologia e na estatística médica. Em 1940, no mesmo ano que recebe uma medalha da AAOS pelos trabalhos sobre sarcoma, Codman falece devido a um



Ícônico livro *"The Shoulder"*, de EA Codman, 1934

melanoma. Sem acumular patrimônio, é enterrado no Mt. Auburn Cemetery, em Cambridge, Massachusetts, sem lápide de identificação. Membros da ASES restauraram o seu túmulo décadas mais tarde.

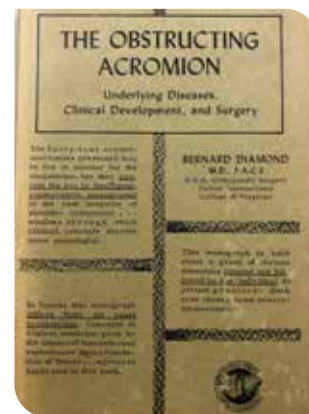
Em paralelo, em 1909, **HH Stevens** demonstra que alterações biomecânicas levam à dor sub-acromial com o clássico artigo *"The action of the short rotators on normal abduction of the arm, with a consideration of their action on some cases of subacromial bursitis and allied conditions"* publicado no Am J Med Sci. Em 1914, na Alemanha **R. Sievers** descreve as alterações artrósicas da articulação acrômio-clavicular.

Evidências da participação do cabo longo do biceps na patologia do manguito são publicadas por **JF Goldthwait** nos EUA em 1909 e por **EH Bettman, M. Meyer e G Kessler** na Alemanha em 1926.

A origem não-traumática da ruptura do manguito foi discutida pela primeira vez por **PD Wilson** no JAMA em 1931.

Com o avanço da radiologia, a artrografia com infiltração de ar (pneumoartro) é descrita em 1933 por **JOberholzer** e a artrografia com contraste em 1939 pelos suecos **K Lindblom e I Palmer**.

Nas décadas de 40, 50, e 60 a atenção se voltou ao acrômio, como causa da ruptura. Diversos autores, dentre eles, **JR Armstrong, G. Hammond, RK Lippmann, H McLaughlin, HF Moseley, MN Smith-Petersen, R Watson-Jones** incluíram na abordagem para a reparação do manguito a ressecção total (acromionectomia) ou lateral (acromiectomia) do acrômio. O deltoide era reinserido de forma imperfeita, resultando geralmente em perda de elevação ativa do braço. Um dos livros clássicos deste período é o *"The Obstructing Acromion"*, de **B Diamond**, onde se lê no prefácio *"Acromionectomy, on the other hand, should not be considered the fearsome and mutilating procedure that many imagine it to be. If subacromial obstruction is at all in doubt during shoulder exploration, resection is the sole certain solution"*. (Fig 2 e 3)



Livro *"The Obstructin Acromion"*, de B Diamond, 1964.

Carlos de Anquin, de Córdoba, Argentina, considerado o “pai da cirurgia do ombro na América Latina”, publica em 1953 o livro “Hombro Doloroso”, com capítulo ricamente ilustrado dedicado ao manguito rotador. (Fig 4)

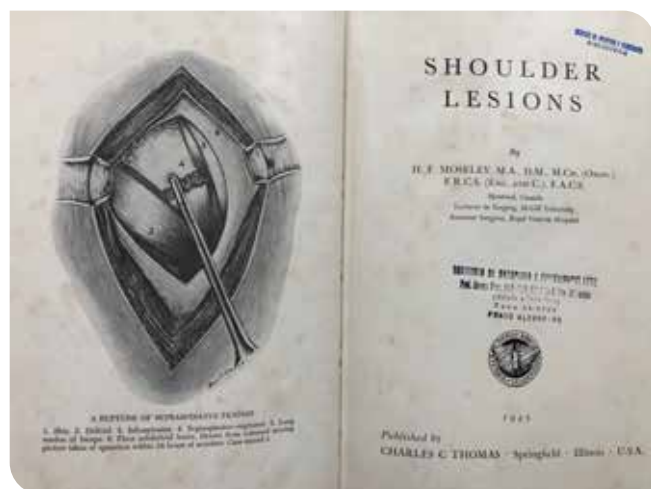


Acromionectomia radical, popular até o final da década de 60.



O primeiro livro de ombro publicado na América Latina.

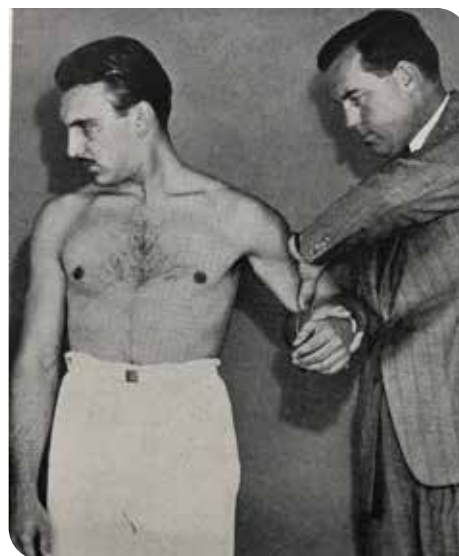
O canadense **Fred Moseley**, do Royal Victoria Hospital, de Montreal, dedicou toda a sua vida à cirurgia do ombro, embora não tenha recebido o devido reconhecimento dos pares. Ele publicou 09 livros - todos reunidos em meu Acervo pessoal - e dezenas de artigos. Em 1945 Moseley publica “*Shoulder Lesions*” (Foto), onde o capítulo de manguito rotador possui apenas 12 referências (Fig 5). Foi o chairman do “*Symposium on Surgery of the Shoulder Region*” em 1963 em Montreal (Fig 6). Segundo Neer, “*havia mais palestrantes do que participantes*”, pelo pouco interesse ao tema na época. Em 1963 ele publica no JBJS-Br o clássico “*The arterial pattern of the Rotator Cuff of the Shoulder*”. Introvertido, uma das poucas fotos disponíveis de Moseley mostra-o examinando um paciente (Fig 7).



Livro “Shoulder Lesions, de Fred Moseley, 1945



Parte dos palestrantes da primeira reunião de cirurgia do ombro do mundo, 1963



O Jovem Fred Moseley examinando paciente

Didier Patte, co-fundador da *European Society of Shoulder and Elbow Surgery* (ESSEC – SECEC) junto com o suíço Norbert Gschwend em 1987, logo após participarem do 3º ICSS em Fukuoka, Japão. Patte foi assistente de **Debeyre** em Paris e sócio de **JC Sheffer** e **D Goutallier**. Numa França dividida entre duas escolas sobre o tratamento do manguito – apenas debridamento (**Gosset, Dautry, Apoil**) e a reparação (**Debeyre**) – ele publica a sua tese “*Surgical treatment in rotator cuff ruptures*” em 1963, com óbvia tendência à reparação. Patte descreveu a clássica técnica GLA, acromioplastia e a ressecção distal da clavícula para melhor exposição do MR. Com Debeyre ele descreve a “*supraspinatus slide transposition*” e com Goutallier a “*combined supra + infra slide transposition*”. Com a experiência acumulada, foi o pioneiro em identificar a diferença entre as lesões antero-superior e póstero-superior. O discípulo mais brilhante de Didier Patte foi **Gilles Walch**.

Uma homenagem a Leonardo Nobre



Como preâmbulo, esclarecemos que o texto a seguir foi escrito a quatro mãos, por pessoas que passaram de orientadores a admiradores, na breve jornada com a qual o Leonardo nos brindou.

No último dia 23 de junho, perdemos o Dr. Leonardo de Oliveira Nobre. Um dos mais queridos colegas, ortopedista residente e trabalhando em Curitiba/PR, com destaque por sua atuação em cirurgia de ombro e cotovelo, mais uma vida ceifada pela Covid-19, Leonardo, aos 44 anos de idade. Deixa a esposa Aline Zanotto Nobre e dois filhos, Rodrigo com 08 anos e Laura com 05 anos de idade.

Leonardo nasceu em Pelotas/RS, em 23 de março de 1977, cidade onde também se graduou em medicina pela Universidade Federal, em 31/07/ 2004.

Cursou residência em Ortopedia e Traumatologia, entre 2005 e 2007 no Hospital Universitário Cajuru-PUC/PR, fez treinamento pós-residência, em cirurgia de ombro e cotovelo, em Belo Horizonte – “Grupo de Ombro-Hospital Ortopédico/Belo Horizonte/ Lifecenter- em BH” em 2008.

Ao final do treinamento, em 2010, publicou junto com o grupo titular e com seus colegas de R4, Fábio Nagata Watanaabe, Manoel Augusto de Almeida Neto e Marcos André Mendes da Silva, na RBO, o artigo intitulado “AVALIAÇÃO DA INTEGRIDADE ANATÔMICA POR MEIO DE ULTRASSOM E FUNCIONAL, PELO ÍNDICE DE CONSTANT & MURLEY, DO MANGUITO ROTADOR APÓS REPARO ARTROSCÓPICO”

O mesmo artigo foi também publicado no AJSM em 2010, com a co-autoria de Rogério Teixeira Silva e Marc R. Safran.

De volta ao sul, escolheu Curitiba, pelo seu amor e de sua esposa à cidade e ao estado e, por saber que o alto e tradicional nível científico da medicina e, sobretudo da ortopedia local, seria um campo fértil para sua evolução profissional.

Tornou-se membro do corpo clínico do Hospital Universitário Cajuru/PUC/PR, onde exercia atualmente o cargo de chefe do grupo de ombro e presidente da comissão de ensino e treinamento da SBOT/PR.

Além de fazer parte do corpo clínico do Hospital Cajuru, integrava também a equipe do Instituto de Joelho e Ombro. Era membro da SBOT (Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia), da SBCOC (Sociedade Brasileira de Cirurgia de Ombro e Cotovelo), da SBRATE (Sociedade Brasileira de Artroscopia e Traumatologia Esportiva), da AAOS (American Academy of Orthopaedic Surgeons), da ISAKOS (International Society of Arthroscopy, Knee Surgery and Orthopaedic Sports Medicine) e da SLARD (Sociedad Latinoamericana de Artroscopia, Rodilla y Deporte). Teve intensa atividade como palestrante e conferencista em inúmeros eventos. Foi presença constante e marcante em inúmeros eventos científicos no Brasil e exterior. Era membro do corpo clínico do grupo hospitalar São Vicente, há cerca de 12 anos.

Com extremo pesar divido a função de escrever sobre a pessoa do Leonardo Nobre. As notas sobre o desenvolvimento da sua carreira, conforme exposto pelo Dr. Glaydson Gomes Godinho, demonstram quanto ainda ele tinha a dar não só a comunidade médica, mas aos pacientes.

Sem me ater exatamente a datas e locais, vou dar o meu testemunho de convivência. Tive o privilégio de acompanhar sua atividade laboral desde os primórdios. Foi nosso residente, onde já se percebiam as características que no futuro o tornariam especial. Após a residência médica em ortopedia e traumatologia, estagiou no grupo de Medicina Esportiva do Hospital Cajuru/PUC, do qual eu fazia parte da preceptoria. Encerrado o estágio, conversamos sobre o local onde deveria fazer sua especialização. Tendo decidido pela Cirurgia do Ombro, ele seguiu o conselho deste que subscreve, para conhecer a prática e a pessoa daquele que comigo partilha as palavras aqui dispostas, Dr. Glaydson Godinho, em Belo Horizonte.

Nas oportunidades em que conversamos, durante o período em Belo Horizonte, facilmente observa-se a felicidade e satisfação deste, ao sorver avidamente conhecimento, e perceber a elevação do seu patamar técnico, sendo provido da melhor forma. Contemporaneamente, ao falar com o também meu professor, Dr. Glaydson, ouvia repetidas vezes: Fernando, o menino é muito bom, fique com ele perto de você.

Pela minha exitosa experiência prévia de convivência pessoal e de trabalho, pela performance irretocável durante sua especialização, sacramentada pela percepção dos mentores de BH, o convite para fazer parte do Grupo do Ombro veio com naturalidade. Inicialmente, como parte do corpo discente, tendo como Chefe do Grupo Dr. Mauro Superti. Sendo o Dr. Superti alçado à direção do serviço, e diante da maturidade,

competência, desempenho acadêmico exarados, o nome Leonardo Nobre, despontou com desenvoltura para capitanear o Grupo do Ombro de nossa instituição.

Sob sua tutela, mais uma vez, colhemos frutos das suas rotinas. A proximidade com CET da SBOT/PR, a personalidade afeita a querer partilhar seus conhecimentos, a preocupação com excelência das atividades desempenhadas pelo grupo, trouxeram relevância e destaque não só entre os residentes e graduandos, como também entre os pares.

Convivi com o residente, com o especializando, com o médico Chefe do grupo, com o parceiro de consultório, foi sempre a mesma pessoa, interessado em ajudar, preocupado com excelência da medicina desempenhada, disponível e parceiro sempre, nos momentos difíceis, quer seja para cirurgias complexas ou para burocracias que a vida nos submete no dia a dia.

Deixa-nos no momento em que sonhamos com a materialização de muitos dos nossos sonhos e projetos! Deixa a família que tanto amou, pela qual lutava e com ela sonhava. Deixa órfãos, centenas de amigos com os quais sempre compartilhou momentos de confraternização, aprendizado, ensino, leveza. Deixa um enorme vazio em nossos corações!

Siga em paz querido Leonardo. Que Deus o acolha e ampare sua família e amenize a dor da saudade sentida por seus amigos!

Curitiba, 05 de julho 2021.

Glaydson Godinho e Fernando Oliveira



Dr. Leonardo de Oliveira Nobre
1977 - 2021





Tratamento das fraturas do terço médio da clavícula em adultos: conservador ou cirúrgico?

As fraturas da clavícula representam de 2.6% a 10% de todas as fraturas em adultos, 34% a 45% das lesões da cintura escapular e 82% acometem o terço médio, que possui menor diâmetro e menor cobertura de partes moles. É mais frequente em indivíduos com idade abaixo de 50 anos e do sexo masculino. Os mecanismos de lesão mais comuns são o trauma direto e a queda sobre o ombro, principalmente durante as práticas esportivas ou em acidentes de trânsito.¹

Tradicionalmente, as fraturas do terço médio da clavícula (FTMC) eram tratadas conservadoramente, independente das suas características, devido aos bons resultados funcionais e as baixas taxas de pseudartrose relatados em publicações da segunda metade do século passado. O tratamento cirúrgico ficava reservado apenas aos casos em que havia exposição óssea (ou iminência de exposição), lesão vasculonervosa ou ombro flutuante.² (Figuras 1 e 2)

No entanto, estudos prospectivos mais recente focados no tratamento conservador das FTMC desviadas em adultos demonstraram resultados opostos: maiores taxas de pseudartrose, consolidação viciosa, perda objetiva da força muscular e resultados funcionais pobres no seguimento de curto prazo.^{4,5}

Robinson e colaboradores, em estudo prospectivo com 581 FTMC tratadas conservadoramente, obtiveram uma taxa de 4.5% de pseudartrose. Os autores identificaram como fatores de risco para a não consolidação: idade avançada, sexo feminino, fraturas desviadas e cominuídas.⁴

Lazarides e colaboradores, em estudo retrospectivo, avaliaram 132 FTMC tratadas conservadoramente e consolidadas e obtiveram resultados insatisfatórios quando havia encurtamento >1.4 cm no sexo feminino e >1.8 cm no masculino devido à perda de força da musculatura da cintura escapular.⁵

A partir destes resultados, as FTMC com desvios e sem contato entre os fragmentos, cominuídas ou com encurtamento > 2 cm passaram a ter indicação de tratamento cirúrgico. (Figuras 3 e 4)

A inclusão destes novos critérios de indicação cirúrgica, associada à maior da energia dos traumas nos acidentes de trânsito e nos esportes de contato, levaram a um aumento estimado entre 400% e 700% nas cirurgias das FTMC, uma mudança de paradigma. Frente a este aumento das intervenções cirúrgicas, o tratamento ideal das FTMC passou a ser um assunto que merece ser debatido.^{3, 4, 6,}



Figura 1: FTMC direita associada à compressão vasculonervosa do MSD operada com placa superior. Observe a cianose do membro.



Figura 2: FTMC associada a luxação acromioclavicular operada com placa anteroposterior associada à fixação acromioclavicular.



Figura 3: FTMC cominuída operada com placa anatômica superior.



Figura 4: FTMC com encurtamento > 2 cm.

Com o objetivo de fomentar uma discussão embasada, com equilíbrio e bom senso, resumimos algumas metanálises e revisões sistemáticas em que se comparam os resultados

dos tratamentos conservador e cirúrgico das FTMC desviadas em adultos.

Boa leitura!

Operative Versus Nonoperative Care of Displaced Midshaft Clavicular Fractures: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials

O objetivo primário dos autores desta metanálise foi comparar os resultados dos tratamentos conservador e cirúrgico das FTMC desviadas em adultos através de ensaios clínicos randomizados (ECRs) com nível 1 de evidência após 1 ano de seguimento. Três questões foram colocadas:

- 1) Há diferenças significativas entre os resultados dos dois métodos?
- 2) Quais as diferenças em relação às seguintes complicações: pseudartrose, retardo de consolidação, consolidação viciosa sintomática, infecção, remoção do material de síntese (RMS), lesão nervosa e refratura?
- 3) Há evidências de que a fixação cirúrgica diminui a incapacidade e melhora a função?

Usando o banco de dados MEDLINE e cruzando as palavras-chave fraturas, clavícula e ECR, os autores encontraram 988 estudos, dos quais 6 eram elegíveis, 3 estudos comparando o tratamento cirúrgico (osteossíntese com placa) com

o conservador e 3 comparando o tratamento cirúrgico (haste intramedular - HIM) com o conservador. (Tabela 1)

O 6 ECRs selecionados totalizaram 412 pacientes adultos, com idades entre 18 e 41 anos, 212 tratados cirurgicamente e 200 conservadoramente com tipóia. (tabela 1) O índice de pseudartrose foi dez vezes maior (14.5%) entre os pacientes tratados conservadoramente em comparação com os tratados cirurgicamente (1.4%), resultado estatisticamente significativo ($P < 0.05$).

O índice de consolidação viciosa foi significativamente maior no grupo tratado conservadoramente (8.5%) em comparação com o grupo cirúrgico (0%) ($P < 0.05$). Tanto os resultados do escore de Constant-Murley (CM), aplicado em 3 estudos (222 pacientes) quanto o do Disabilities of The Arm, Shoulder and Hand (DASH), em 3 estudos (162 pacientes), foram superiores com o tratamento cirúrgico ($P < 0.05$).

As complicações obtidas com o tratamento conservador (42%) foram: pseudartrose, consolidação viciosa, compressão ou tração do plexo braquial. Com o tratamento cirúrgico, as complicações (29%) foram: saliência da placa, protrusão dos pinos, parestesia no local da incisão ou infecção. Os autores concluem que o tratamento cirúrgico das FTMC em adultos propiciou menores taxas de pseudartrose e de consolidação viciosa, melhores resultados funcionais, de acordo com os escores CM e DSH no seguimento de curto prazo e permitiram o retorno mais precoce às atividades diárias.

Tabela 1

Autor/ano	N total	N Tipóia	N cirúrgico	Escore e Satisfação	Consolidação e Complicações
Virtanen et al. (2010)	51	26	25 Placa	Constant, DASH e VAS sem diferença $P > 0.05$	Tipóia: 24% pseudartrose Placa: 0% pseudartrose. $P < 0.05$
Smeakal et al. (2009)	60	30	30 HIM TEN	VAS e CM superiores no grupo cirúrgico $P < 0.05$	Retardo de consolidação: Tipóia: 2; TEN: 1 Tempo de consolidação (semanas): Tipóia: 17; TEN: 12
Judd et al. (2009)	57	28	29 HIM Hagie	Resultados superiores com a tipóia apenas até a 3ª semana	Tipóia: 1 pseudartrose e 7% complicações HIM: 1 pseudartrose e 48% complicações
Soc. de Trauma Ortop. Canadense (2007)	111	49	62 Placa	CM e DASH superiores no grupo cirúrgico $P < 0.05$	Tipóia: 14% Pseudartrose Placa: 3% Pseudartrose. $P < 0.05$
Witzel et al. (2007)	68	33	35 HIM TEN	VAS e força superiores no grupo cirúrgico $P < 0.05$	Retorno às atividades em 16 dias TEN 80%; Tipóia 55%
Smith et al. (2000)	65	35	30 Placa	Tipóia: 75% satisfeitos TEN: 83% satisfeitos	Pseudartrose e consolidação viciosa: Tipóia: 34% e 14%; HIM: 0% e 0%. $P < 0.05$

Treatment of Acute Midshaft Clavicle Fractures: Systematic Review of 2144 Fractures

O objetivo dos autores desta revisão sistemática foi resumir e comparar os resultados das diferentes opções de tratamento (conservador e cirúrgico, com fixações extra e intramedular) das FTMC desviadas em adultos. Para isso, revisaram a literatura disponível na língua inglesa e selecionaram estudos com mais de 15 casos cruzando as palavras fratura e clavícula nos sites de busca Cochrane e PubMed, assim como publicações dos encontros anuais da OTA e da AAOS.

Foram selecionados 3 ECRs, 3 estudos do coorte com um grupo controle e 2 estudos observacionais prospectivos. A maioria dos estudos eram retrospectivos (18/23), não tinham grupo controle (15/21) e, quando tinham, não usaram randomização (3/6). O número total de casos foi 2144, com tempo de seguimento médio de 61 meses, 364 fixados com HIM (17%), 635 com placas (30%) e 1145 tratados conservadoramente (53%).

A taxa de pseudartrose total (em 2144 casos) foi de 4.2% e a taxa de pseudartrose das fraturas tratadas conservadoramente (1145 casos) foi de 5.9%. O número total de fraturas desviadas, operadas ou não, foi 771; destas, 152 fixadas com HIM (20%), 460 com placa (59%) e 159 tratadas conservadoramente (21%). A taxa de pseudartrose das fraturas desviadas (771 casos) foi 4.8%. O número total de fraturas desviadas e tratadas conservadoramente foi 159 casos, com a maior taxa de pseudartrose: 15% ($P > 0.05$). No entanto, embora esta seja a revisão sistemática com o maior número de casos, os resultados encontrados devem ser interpretados com cautela, pois a validade dos estudos observacionais é limitada pela falta de grupo controle (série de casos), desequilíbrio entre os grupos devido à falta de randomização (estudos de coorte) e potencialmente enviesados devido à falta de cegamento.

Operative Versus Nonoperative Treatment for Displaced Midshaft Clavicle Fractures: a Metanalysis Based on Current Evidence

O objetivo dos autores desta revisão sistemática e meta-análise foi determinar a eficácia do tratamento cirúrgico versus o não cirúrgico das FTMC desviadas em adultos, comparando os resultados clínicos e as evidências disponíveis. Pesquisaram-se publicações de 1966 a setembro de 2014 nas bases de dados PubMed, Cochrane Library, EMBASE, Web of Science, LILACS e China National Knowledge sem restrições de idioma, com as palavras-chave clavícula e fraturas. Apenas ECRs e quase randomizados (ECQR) controlados, de acordo com os padrões da Cochrane, comparando os tratamentos cirúrgico (placa ou HIM) e não cirúrgico (tipóia ou enfaixamento em oito), com tempo decorrido do trauma < 2 semanas, em pacientes com idade > 16 anos, foram incluídos. Os resultados primários avaliados foram pseudartrose e consolidação viciosa sintomática; os resultados secundários, clínicos e funcionais, foram avaliados com os escores de CM e DASH.

As complicações de cada grupo também foram comparadas. Treze estudos foram selecionados, totalizando 959 pacientes, 452 tratados pelo método conservador e 507 pelo cirúrgico, com idades variando de 16 a 70 anos e tempo de seguimento de 6 a 24 meses. (Tabela 2)

Os índices de pseudartrose e de consolidação viciosa sintomática no grupo tratado conservadoramente foram, respectivamente, 14% e 20%; no grupo cirúrgico, 1.7% e 1.8% ($P < 0.05$). Todos os estudos relataram incidências de pseudartrose, com diferenças significativas, favorecendo o tratamento cirúrgico ($P < 0.05$). Dentre os métodos cirúrgicos, a fixação

Tabela 2

Estudo	Desenho do estudo	n cirúrgico/ não cirúrgico	Idade	Seguimento (meses)	Cirurgia	Imobilização	Escore
Smith (2001)	ECR	30/35	Adultos	12	Placa	Tipóia	3
Jubel (2005)	ECQR	26/27	Adultos	6	HIM	Oito	1
COTS (2007)	ECR	62/49	16-60	12	Placa	Tipóia	3
Figueiredo (2008)	ECR	24/16	18-58	12	Placa	Tipóia	3
Judd (2009)	ECR	29/28	17-40	12	HIM	Tipóia	3
Smekal (2009)	ECR	30/30	18-65	24	HIM	Tipóia	3
Bohme (2011)	ECQR	58/38	18-70	8	Placa/HIM	Oito	1
Chen (2011)	ECR	30/30	18-63	15	HIM	Tipóia	3
Mirzatozoi (2011)	ECR	26/24	18-65	12	Placa	Tipóia	3
Kulshrestha (2011)	ECQR	45/28	20-50	18	Placa	Tipóia	1
Virtanen (2012)	ECR	26/25	18-70	12	Placa	Tipóia	3
Robinson (2013)	ECR	86/92	16-60	12	Placa	Oito	4
Mohsen (2014)	ECQR	30/35	18-60	6	Placa	Oito	1

com placa foi a que mais diminuiu o risco de pseudartrose em relação ao tratamento conservador. Nove estudos forneceram informações sobre consolidação viciosa sintomática, que foi significativamente menor no grupo cirúrgico em relação ao não cirúrgico ($P < 0.05$).

Dentre os pacientes operados com placa, aqueles em que foi utilizada placa de compressão dinâmica (DCP) tiveram 6% de pseudartrose, ao passo nos pacientes operados com placa de contato limitado (LCP) ou de reconstrução, este índice foi de 1%. Os resultados funcionais avaliados com o escore Constant (9 estudos) foram superiores no grupo cirúrgico. No entanto, os resultados funcionais avaliados com o escore DASH (8 estudos) foram inferiores no grupo cirúrgico. O risco de complicações foi significativamente maior no

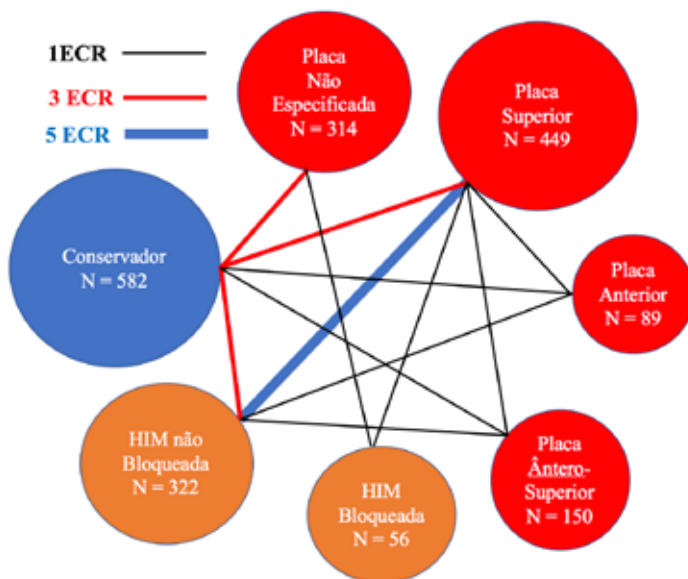
grupo cirúrgico ($P < 0.05$). As complicações mais frequentes no grupo não cirúrgico foram pseudartrose, consolidação viciosa sintomática e sintomas neurológicos (por tração ou compressão do plexo braquial). As complicações mais frequentes no grupo cirúrgico foram irritações relacionadas ao implante (saliência da placa na pele ou protrusão das HIMs), muitas vezes requerendo nova intervenção para RMS. Os autores concluem que o estudo não conseguiu apoiar o tratamento cirúrgico das FTMC desviadas em adultos como uma regra, pois, apesar das maiores taxas de pseudartrose e consolidação viciosa encontradas nos pacientes tratados conservadoramente, o risco de complicações foi maior e os escores funcionais nem sempre foram superiores dentre os pacientes operados.

What Is the Best Evidence for Management of Displaced Midshaft Clavicle Fractures? A Systematic Review and Network Meta-analysis of 22 Randomized Controlled Trials

Existem várias opções de implantes para o tratamento cirúrgico das FTMC em adultos: as placas, que variam com o modelo (DCP, LCP, de reconstrução ou pré-moldadas) e com a sua localização (superior, anterior e anteroinferior) e as HIM, que podem ou não ter um sistema de bloqueio no osso cortical. Existem várias metanálises que comparam uma determinada técnica cirúrgica com o tratamento conservador das FTMC em adulto; porém, uma metanáli-

se “padrão” não permite comparar as diferentes técnicas cirúrgicas entre si. A “metanálise de rede” não apenas resume os tratamentos que foram diretamente comparados entre si, mas também compara dois tratamentos que não foram previamente confrontados em um ECR, desde que tenham sido comparados com um outro tratamento em comum, formando uma rede de diversos tipos de tratamento. Nesta meta-análise de rede foram comparados os resultados dos diferentes tipos tratamento das FTMC desviadas em adultos de 3 maneiras: 1) conservador versus cirúrgico; 2) conservador versus placas versus HIM; 3) conservador versus cada um dos subtipos de implantes: placas (DCP, de reconstrução ou pré-moldada) e HIM (com ou sem bloqueio) (Figura 6).

O objetivo primário dos autores desta metanálise de rede foi estabelecer a comparação simultânea entre as múltiplas opções de tratamento das FTMC desviadas em adultos para encontrar o tratamento com:



- 1) a maior chance de consolidação em 1 ano;
- 2) o menor risco de cirurgia de revisão e
- 3) os maiores escores funcionais (DASH e CM).

O objetivo secundário foi comparar os subtipos cirúrgicos nos ECRs e descobrir se o tratamento cirúrgico é preferível ao tratamento conservador e, em caso afirmativo, em qual paciente e com qual implante. Os autores fizeram buscas de ECRs publicados até 2018 nos bancos de dados MEDLINE, Embase e Cochrane, revisaram 284 artigos e selecionaram 22 ECRs completos na língua inglesa que seguiram os princípios estritos de randomização, comparando pelo menos um método de tratamento cirúrgico com o conservador das FTMC desviadas em adultos, com seguimento mínimo de 1 ano, totalizando 1002 pacientes tratados com placa (89 anterior, 150 ântero-superior, 449 superior e 314 não informados), 378 com HIM (56 bloqueadas e 322 sem bloqueio) e 582 conservadoramente. A diferença mínima clinicamente importante (DMCI) considerada, isto é, a diferença nos escores DASH e CM a partir da qual os benefícios foram perceptíveis para os pacientes, foi de 8 pontos.

A taxa consolidação foi maior nos pacientes tratados cirurgicamente (96.7%) do que nos tratados conservadoramente (88.9%) ($P < 0.05$). Em comparação com o tratamento cirúrgico, o conservador apresentou um risco 10% maior de pseudartro-

se. A taxa de consolidação dos pacientes tratados com placas foi de 97.8%; com os subtipos de placas anterior ou anterosuperior (pré-moldada) foi de 99.3%. O risco de um paciente precisar submeter-se a uma nova intervenção foi semelhante nos tratamentos conservador e cirúrgico. Comparando placa, HIM e tratamento conservador, houve menor necessidade de nova intervenção com a placa; dentre os subtipos de placas, as anteriores e as anterosuperiores (pré-moldadas) foram as que apresentaram o menor risco de nova intervenção; as placas não especificadas e a HIM sem bloqueio apresentaram o maior risco nova intervenção. O tratamento cirúrgico apresentou, respectivamente, escores CM e DASH 4.5 pontos e 3.8 pontos maiores do que o conservador, ambas as diferenças foram, portanto, menores de 8 pontos (<DMCI). O subtipo placa anterosuperior (pré-moldada) apresentou o escore CM 10 pontos maior do que o conservador (ligeiramente acima do DMCI e, provavelmente, clinicamente imperceptível) e o escore DASH 7.6 pontos maior do que o conservador (< DMCI). Os autores concluem que o tratamento cirúrgico levou a uma maior taxa de consolidação das FTMC desviadas em adultos após 1 ano de seguimento em comparação com o conservador, que apresentou uma taxa 10% maior de pseudartrose. Como um todo, o tratamento cirúrgico não apresentou escores funcionais superiores o suficiente para que sejam considerados clinicamente relevantes. O tratamento cirúrgico com placa anterior ou ântero-superior (pré-moldada) resultou em melhorias no escore CM ligeiramente acima do MDCl, mas o mesmo não se deu com o escore DASH, sugerindo que os benefícios funcionais são pequenos ou imperceptíveis para o paciente. Os autores concluem que os pacientes devem ser informados de que o tratamento cirúrgico das FTMC desviadas aumenta significativamente a chance de consolidação em comparação com o tratamento conservador, que oferece um risco 10% maior de não consolidação, um problema mais difícil de tratar.

Por outro lado, a melhora nos resultados funcionais com o tratamento cirúrgico não é clinicamente perceptível, na comparação com o tratamento conservador e há que se pesar também nas complicações cirúrgicas e na possibilidade de se submeter a um novo procedimento para RMS. A tomada de decisão deve, portanto, ponderar todos os riscos e os benefícios de cada opção de tratamento.

Referências bibliográficas:

1. Kihlstrom C, Moller M, Lonn K, Wolf O. Clavicle fractures: epidemiology, classification and treatment of 422 fractures in the Swedish Fracture Register; an observational study. BMC Musculoskeletal Disorders. 2017; 18: 82. 2. Neer CS. Nonunion of the clavicle. JAMA. 1960; 172(10): 1006-101. 3. Bartley JH. The treatment of middle-third clavicle fractures: A paradigm shift. S Rehabil. 2017; 1(1): 1-2. 4. Robinson CM, Court-Brown C, McQueen MM, Wakefield AE, Alison E. Estimating the Risk of Nonunion Following Nonoperative Treatment of a Clavicular Fracture. JBJS. 2004; 86: 1359-65. 5. Lazarides S, Zafropoulos G. Conservative treatment of fractures at the middle third of the clavicle: the relevance of shortening and clinical outcome. J Shoulder Elbow Surg. 2006; 15(2): 191-4. 6. Ropras M, Thomazeau H, Hutten D. Clavicle fractures. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. 2017 103: 53-59. 7. McKee RC, Whelan DB, Schemitsch EH, McKee MD. Operative versus nonoperative care of displaced midshaft clavicular fractures: A meta-analysis of randomized clinical trials. J Bone Joint Surg Am. 2012; 94:675-84. 8. Ziowodzki M, Zelle BA, Cole PA, Jeray K. Treatment of acute midshaft clavicle fractures: systematic review of 2144 fractures. J Orthop Trauma. 2005; 19: 504-50. 9. Wang XW, Guo WJ, Li AB, Cheng GJ, Lei T, Zhao YM. Operative versus nonoperative treatment for displaced midshaft clavicle fractures: a meta-analysis based on current evidence. Clinics. 2015; 70(8): 584-592. 10. Axel DE, Bozzo A, Bhandari M, Johnal H. What in the best evidence for management of displaced midshaft clavicle fractures? A systematic review and network meta-analysis of 22 randomized controlled trials. Clin Orthop Relat Res. 2020; 478: 392-402.

Teia de aranha: será nova matéria-prima em produtos?



A busca por soluções para reconstruções de ligamentos, tendões e cápsulas articulares não para. A ideia é conseguir reproduzir a estrutura original na forma mais fidedigna possível seja em tamanho, largura, resistência e biocompatibilidade.

Uma startup israelense chamada Seevix, após 10 anos de pesquisa conduzida na Universidade Hebraica de Jerusalém, afirma ter produzido fibras sintéticas de teia de aranha (nanofibras com poros) que são idênticas às encontradas na natureza. A teia de aranha é feita de proteínas que contém uma combinação única de força e elasticidade. Apesar de não parecer, ela é um dos materiais mais resistentes encontrados na natureza e é cinco vezes mais forte do que um aço do mesmo diâmetro.

A empresa já levantou fundos de investidores privados em Israel, Estados Unidos, Europa e Austrália que irão auxiliar na

construção de uma instalação industrial. O objetivo é licenciar e integrar a teia de aranha como uma matéria-prima em produtos. A startup já tem colaborações na área médica e de materiais especializados para reparo ligamentar do joelho; telas cirúrgicas; fios de sutura; implantes dentários e ortopédicos e curativos biológicos que aumentam a cicatrização de feridas. Há ainda estudos em carneiros para o reparo de lesões do plexo braquial. A ideia é associar as fibras de aranha implantadas em uma veia de porco acelular, que serve como invólucro biológico, para auxiliar as fibras nervosas encontrarem o caminho ao longo dos fios nos ombros.

Os poros da teia sintética podem trazer um benefício extra, já que, é possível carregá-los com ingredientes ativos, que são encapsulados e depois gradualmente liberados. Parece loucura ou será que é uma opção no futuro?



Olá amigos! Esperamos que todos estejam seguros e esperançosos de que em breve possamos nos reencontrar! Nessa oportunidade abordaremos a participação feminina em nossa sociedade.

Das principais mudanças sociais dos nossos tempos, o mundo assiste a progressiva diminuição nas diferenças de gênero, com a remoção de barreiras que impedem as mulheres de ter o mesmo acesso que os homens à educação, às oportunidades de trabalho e aos benefícios sociais, gerando ganhos de produtividade e competitividade às economias dos países.¹ No Brasil, em paralelo à crescente predominância feminina na população, tem-se registrado maior presença de mulheres no mercado de trabalho, bem como o crescimento da escolaridade feminina vem se consolidando nos diversos setores da atividade econômica.² Resultado disso, o número de mulheres com graduação de curso superior também tem aumentado.^{2,3}

Essas mudanças se refletem na medicina brasileira da mesma forma. Desde quando a primeira mulher teve acesso a carreira médica em nosso país em 1879 (Decreto 7.247 de 19 de abril de 1879), instituída por Dom Pedro II,⁴ apesar de todas as dificuldades, vem ocorrendo o aumento da participação das mulheres na medicina brasileira, de forma corajosa, conquistando espaço relevante na medicina. Tal mudança ocorre em todo o mundo, sendo as mulheres já maioria dos estudantes de medicina nos Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Irlanda e Noruega.²

Apesar do aumento da participação das mulheres na medicina, nas especialidades cirúrgicas, especialmente na Orto-

pedia e Traumatologia, ainda existe uma forte predominância de homens.^{2,5,6} Atualmente, na SBOT, dos 14.828 membros titulares, 669 (4,5%) são mulheres. Já na SBCOC, dos nossos 1076 sócios ativos, apenas 42 (3,90%) são mulheres.

Estudos antigos, descrevem como principais razões apontadas para justificar o pequeno percentual de mulheres em nossa especialidade: a ideia de que há necessidade de maior força e resistência física na prática assistencial, longo período de formação, exigência de maior disponibilidade de tempo e dificuldade de coordenar práticas profissionais com a vida familiar.^{6,7} Dados mais recentes sugerem que as principais razões das mulheres escolherem se especializar em Ortopedia e Traumatologia são: gostar das tarefas manuais, satisfação profissional e estímulo intelectual.⁶ Atribuições e preferências pessoais também possuem um papel relevante nas razões de escolha da Ortopedia pelas mulheres.⁶

Na área informal desse volume do jornal abriremos espaço para duas das nossas associadas. Dra. Maria Isabel Pozzi (RS), uma das mulheres pioneiras de nossa sociedade, uma das lideranças da Ortopedia em nosso país, com vasta experiência profissional como cirurgiã e no treinamento de novos cirurgiões em ombro e cotovelo; e Dra. Camila Pereira (MG), uma das associadas da nova geração. Em breves depoimentos, elas nos contam as razões pelas quais escolheram a especialização em Ortopedia e Cirurgia do Ombro e Cotovelo, e como coordenam suas atividades profissionais e a vida pessoal.

Um grande abraço a todos!



Maria Isabel Pozzi com um dos vários residentes treinados por ela ao longo da sua carreira

Concluí o Curso de Medicina na PUCRS em 1990. Meu interesse pela Ortopedia e Traumatologia começou cedo. Durante as férias, costumava acompanhar meu tio, que também é ortopedista, em seus atendimentos e, sempre que podia, também acompanhava voluntariamente os plantões no HPS de Porto Alegre. Desta maneira, fui me aproximando da especialidade aprendendo a diagnosticar e reduzir fraturas. Fiz minha residência em Ortopedia e Traumatologia

no Hospital Independência de Porto Alegre. Meu interesse pela cirurgia do ombro aconteceu quando vislumbrei a possibilidade de realizar um estágio na França com o Dr. Gilles Walch. Foi uma oportunidade única que segui sem qualquer hesitação e que resultou em 1 ano e meio de trabalho com este mestre incomparável. Fui a primeira mulher a fazer fellowship com ele, mas isto nunca foi um problema. Meu retorno ao Brasil foi tranquilo e aos poucos fui construindo meu espaço na cirurgia do ombro em Porto Alegre.

Na verdade, nunca sofri nenhum tipo de preconceito vindo de pacientes. Os pacientes quando consultam querem atenção, qualidade no atendimento e capacidade de resolução dos seus problemas independentemente do gênero do médico.

A vida profissional ocupa um espaço grande na minha vida, quer seja no atendimento no consultório, na realização das cirurgias ou no acompanhamento e aulas para residentes. Além disso, de maneira natural nós mulheres (pelo menos as da minha geração) se preocupam também com a casa, refeições, enfim com a família. Penso que o principal desafio é ser

organizada para fazer o tempo render e conseguir dar conta de tudo. Nem sempre é fácil, mas gosto disso!

O convívio no ambiente profissional, onde somos minoria, atualmente é muito natural, sobretudo na nossa Sociedade de Cirurgia do Ombro e Cotovelo onde tenho muitos amigos. No início foi um pouco mais difícil, pois fui uma das primeiras residentes em um hospital que era exclusivamente de Ortopedia e Traumatologia, um mundo totalmente masculino. Como tudo que é novo, causou uma certa estranheza, mas aos poucos os colegas se acostumaram e ficou tudo bem. Recentemente tive a

oportunidade de participar como diretora das regionais da SBOT e trabalhar com presidentes de 27 regionais. Foi um ano muito produtivo no qual trabalhamos com total sintonia. De novo, o que diferencia é a capacidade de trabalho e não o gênero.

Fico muito feliz em observar cada vez mais a presença das mulheres na Ortopedia. Ainda somos poucas, mas a cada ano aumenta o número de interessadas na nossa especialidade. Penso que esta diversidade só enriquece a sociedade. Eu imagino que em breve teremos cada vez mais mulheres em posição de destaque nas diversas subespecialidades.



Camila Pereira em sua prática em consultório privado

Minha história na Ortopedia e na medicina se mistura com minha história de vida. Como filha de médico ortopedista, eu tenho lembranças de, ainda criança, acompanhá-lo, em um atendimento, de vê-lo colocar um gesso, ou realizar uma redução! Devido a essas memórias afetivas, ao ingressar na faculdade de Medicina meu interesse pela Ortopedia foi imediato.

Desde o primeiro período, eu passei a acompanhar cirurgias ortopédicas e adorava os estudos do sistema musculoesquelético. Apesar de ouvir constantemente que “Ortopedia não era coisa de mulher...” – talvez, pelo fato, de muitos verem, de modo equivocado, esta especialidade como sinônimo de masculinidade, de força e de brutalidade –, isso nunca me desanimou. Na residência médica de Ortopedia fui a única mulher do grupo. Para além da costumeira cobrança a que os residentes são submetidos, eu me sentia particularmente observada, com olhares inseguros quanto à minha capacidade. Parecia haver uma percepção de que eu não “daria conta” única e exclusivamente pelo fato de eu ser mulher. Na especialização em cirurgia de ombro e cotovelo que realizei no INTO-RJ, fiquei surpresa ao me descobrir, já no ano de 2012, como sendo a primeira mulher no serviço.

Pelo imaginário existente, de que os ortopedistas, em ge-

ral, são homens, acontece de algumas vezes eu perceber uma certa surpresa no olhar de alguns pacientes ao se depararem com uma mulher cirurgiã ortopédica. Apesar disso, este tipo de surpresa nunca se transformou em uma barreira efetiva para o estabelecimento de uma verdadeira relação de acolhimento e de confiança, que venho tendo com todos os meus pacientes.

Se as dificuldades acima relatadas são relevantes, elas se tornam ainda mais significativas para uma mulher que é mãe, como é o meu caso. Nem sempre é fácil conseguir conciliar a maternidade com a área profissional que escolhi trilhar, na qual existe uma constante imprevisibilidade na rotina, sobretudo em decorrência das cirurgias do trauma.

Eu me habituei a um mundo de trabalho predominantemente masculino e só a experiência me permitiu assumir não apenas que a Ortopedia poderia ser feita por mulheres, mas também que eu não precisaria seguir padrões masculinos para exercê-la. Ao longo dos anos, percebi que eu poderia exercer a Ortopedia do meu jeito, sem me moldar e ser moldada pelo meio majoritariamente masculino. Poderia e deveria exercer a minha profissão com as minhas características, pessoais e femininas, que estão presentes em outros aspectos da minha vida.

As mulheres vêm avançando e conquistando novos espaços em diversas áreas. Felizmente na Ortopedia, de modo geral, e na cirurgia de ombro, em particular, esse movimento também tem acontecido. Eu acredito que seremos cada vez mais presentes e devemos trabalhar, dia a dia, para romper com a imagem da profissão como sendo “coisa” de homem. Nós, mulheres, devemos ter voz, ocupar espaços em diretorias e comissões da nossa área, assim como dentro da sociedade. Precisamos ser exemplos e contribuir para que novas mulheres se sintam estimuladas para ingressar nesse mundo incrível da cirurgia de ombro e cotovelo.

Referências bibliográficas:

1. Banco Mundial. Relatório sobre o desenvolvimento mundial de 2012: Igualdade de gênero e desenvolvimento. Washington: Banco Mundial; 2012.
2. Scheffer MC, Cassenote AJF. A Feminização da medicina no Brasil. Rev bioét 2013;21(2):268-277.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mulher no mercado de trabalho: perguntas e respostas. Pesquisa mensal de emprego. PME, Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
4. Coleção de Leis do Império - 1879, página 196 Vol 1 pt.II (Publicação Original).
5. Poon S, Kiridly D, Mutawakkil, Wendolowski, Gecelter R, Kline M, Lane LB. Current trends in sex, race, and ethnic diversity in orthopaedic surgery residency. J Am Acad Orthop Surg 2019;Aug15;27(16):e725-733.
6. Blackmore LC, Hall JM, Biermann JS. Women in surgical residency training programs. J Bone Joint Surg Am 2003;85:2477-2480.
7. Baxter N, Cohen R, McLeod R. The impact of gender on the choice of surgery as a career. Am J Surg 1996;172(4):373-376.

