



LEIA NESTA EDIÇÃO

Homenagem
Sergio Rowinski

PÁGINA 7

Atualização Científica
Tratamento das fraturas da extremidade
proximal do úmero em adultos:
conservador ou cirúrgico?

PÁGINA 9

Intervalo
Quem somos fora
do consultório

PÁGINA 14

MARCIO THEO COHEN



Caros colegas

Estamos na nossa terceira edição do Jornal da SBCOC deste ano. Aos poucos estamos retomando projetos, ideias e encontros que ficaram para trás com a pandemia. Tempos melhores surgem e assim a nossa sociedade caminha junto. Foi com muito prazer e sucesso que conseguimos realizar de forma presencial nosso 7º Closed Meeting no mês de agosto deste ano em Mangaratiba. O mais importante foi que além de darmos início aos encontros presenciais, conseguimos realizar o evento de forma segura.

Um dos destaques foi que a interação com os convidados internacionais mesmo de forma virtual, permitiu uma excelente e dinâmica troca de experiências. Além dos encontros presenciais que cada vez mais surgirão com protocolos de segurança, ainda iremos manter os encontros virtuais que vieram para ficar por permitirem um alcance exponencial.

A diretoria e as comissões mantêm o seu compromisso de levar educação continuada, ensino e treinamento e aberta a sugestões para que continuemos melhorando. Desejo uma boa leitura e espero revê-los no nosso Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia que se realizará na cidade de São Paulo.

Marcio Cohen
Presidente da SBCOC

A 3ª edição do Jornal da SBCOC equilibra ciência e história, ao abordar as fraturas do 1/3 proximal do úmero em adultos, e ao trazer o terceiro capítulo da trilogia “O Manguito Rotador”, agora falando do período de Charles Neer até os tempos atuais. Trata também do retorno dos eventos presenciais, como o 7º Closed Meeting ocorrido em Mangaratiba, no final de agosto e que nos permitiu rever os bons e velhos e fazer novos amigos.

Faz homenagem ao jovem cirurgião de Ombro Sergio Rowinski que, com espírito desbravador, rompeu as fronteiras levando o nome da SBCOC ao oriente, criando uma nova rede de conexão científica. Nossa sociedade ainda lançou um importante Livro: Doenças do Ombro, capitaneado pelo egrégio Ex-Presidente da SBCOC, Dr. Arildo Paim, que, superando muitas dificuldades, conseguiu juntamente com os inúmeros co-autores lançar uma obra primorosa e que servirá como referência para a todas as gerações.

Por fim, revela as habilidades gastronômicas do nosso colega Leonardo Magalhães Lott que começou a nobre arte da culinária nos albergues da Austrália.

Desejo a vocês uma ótima leitura.



ILDEU ALMEIDA

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

Os artigos assinados não representam, necessariamente,

a posição da editoria da SBCOC.

7º Closed Meeting da SBCOC é realizado de forma presencial e adota medidas de segurança



A Sociedade Brasileira de Cirurgia de Ombro e Cotovelo (SBCOC) realizou entre os dias 26 e 28 de agosto o 7º Closed Meeting, no PortoBello Resort, em Mangaratiba, RJ, marcando a volta dos eventos presenciais.

Para ser realizado presencialmente, a Comissão Organizadora tomou uma série de cuidados visando a segurança de todos os presentes no local. A primeira medida adotada foi fechar o hotel exclusivamente para o Closed Meeting, limitando a presença de público. “Somente os inscritos e seus acompanhantes estavam presentes no hotel. Dessa forma, conseguimos controlar quem circulava no hotel”, explica Marcio Cohen, presidente da SBCOC.

A segunda medida foi exigir de todos os médicos participantes das palestras, ou seja, daqueles que estavam no centro de convenções, a vacinação completa. “Consideramos como vacinação completa pelo menos duas doses das vacinas ou uma dose da vacina Janssen. E 100% dos médicos congressistas (146 médicos) estavam com a vacinação completa.

Fora os 146 congressistas, o evento teve mais 98 acompanhantes acima de 12 anos, que também apresentaram a carteira de vacinação. Aqueles que não tinham concluído as doses necessárias, foram obrigados a apresentar um comprovante de exame PCR-RT negativo, feito em até 72hrs. 66 crianças abaixo de 12 anos também estavam presentes no local.

Outro importante cuidado pela SBCOC foi o distanciamento dentro do centro de convenções. “Dentro do auditório, onde havia possibilidade de maior aglomeração de pessoas, foi feito o distanciamento de cadeiras. Era um ambiente onde 100% das pessoas estavam com a vacinação completa” completou Marcio.

Acompanhamento da SBCOC foi essencial para a saúde de todos

Após sete dias completos do primeiro dia do evento, a SBCOC entrou em contato com todos os congressistas para responder duas perguntas: “Apresentou algum sintoma de Covid-19?” e “Foi diagnosticado com Covid-19?”. Com base nas respostas, 98% dos congressistas não sentiram qualquer sintoma de Covid-19 pós-evento e nenhum foi diagnosticado com o vírus. Dois congressistas apresentaram sintomas sugestivos, mas ambos fizeram testes PCR-RT e o resultado foi negativo.

Apenas um congressista foi diagnosticado com COVID-19 durante o evento, mas é importante ressaltar que assim que apresentou os primeiros sintomas, já foi isolado no quarto de hotel evitando o contato com os outros participantes.

A SBCOC disponibiliza o gráfico de análises feito, onde pode ser notar que, além do cuidado que foi imprescindível durante o evento, o pré e o pós também foram tratados com a mesma importância.

[Veja o relatório completo clicando aqui.](#)



As palestras ocorreram conforme planejado previamente e o evento ganhou bastante destaque principalmente pelos protocolos adotados. A cautela que a SBCOC tratou seus palestrantes e acompanhantes no pré e pós 7º Closed Meeting foi o diferencial para o sucesso evento.



Tratamento das fraturas da extremidade proximal do úmero em adultos: conservador ou cirúrgico?

Introdução

As fraturas da extremidade proximal do úmero (FEPU) representam 5% a 6% de todas as fraturas em adultos, a maioria acomete a população idosa, com osteoporose e é 2 a 3 vezes mais prevalente no sexo feminino.^{1,2} O mecanismo de trauma mais frequente, em 87% dos casos, é a queda da própria altura, de baixa energia; no entanto, 51% das FEPU são desviadas e 77% têm acometimento do colo cirúrgico.³

Com o aumento da expectativa de vida, a incidência da FEPU quadruplicou, de 60/100.000 para 253/100.000 indivíduos com idade maior ou igual a 65 anos nos EUA. O custo estimado na Europa com hospitalização, reabilitação, cuidados de enfermagem e domiciliares, principalmente após os 80 anos de idade, foi de EUR 11.224,00 por paciente e o custo estimado com a perda de produtividade foi de EUR 20.374,00 por paciente em 2012.^{4,5}

Codman (1940), levando em consideração a vascularização do úmero proximal, descreveu os 4 fragmentos principais e Neer (1970) descreveu a classificação mais utilizada, baseada no deslocamento, definido arbitrariamente quando há desvio entre os fragmentos maior ou igual a 1 cm ou desvio angular da cabeça do úmero maior ou igual a 45°. Resh e colaboradores subdividiram as FEPU de acordo com o desvio do ângulo céfalo-diafisário: impactadas ou deslocadas em varo e impactadas em valgo, com ou sem deslocamento lateral da cabeça.^{6,7} Hertel e colaboradores modificaram ligeiramente o conceito de Codman e propuseram um sistema binário de classificação (LEGO®) que resulta em 14 padrões básicos possíveis de FEPU, definiram os fatores preditores de isque-

mia e obtiveram 97% de osteonecrose quando havia associação entre fratura do colo anatômico, lesão da dobradiça medial e comprimento metafisário menor do que 8 mm.⁸

Embora a literatura tenha demonstrado que não há superioridade do tratamento cirúrgico das FEPU desviadas com envolvimento do colo cirúrgico em adultos quando comparado ao tratamento não cirúrgico, é prática corrente restabelecer a anatomia da articulação em pacientes jovens. No entanto, não há consenso sobre o tratamento das FEPU em idosos apesar do aumento das cirurgias verificado nesta faixa da população nas últimas décadas.^{9,10}

Dentre as opções de tratamento cirúrgico, atualmente há uma tendência ao uso da placa bloqueada (PB), que permite maior estabilidade à fixação da fratura, principalmente em ossos osteoporóticos, com menor agressão aos tecidos moles e à vascularização da extremidade proximal do úmero. Para as fraturas mais complexas, em 4 partes, quando a osteossíntese não é possível, a prótese reversa (PR) tem-se apresentado como uma opção à hemiartroplastia.¹¹

Os frequentes resultados pobres com os tratamentos por um lado e, por outro, o aumento na incidência das FEPU, das suas indicações cirúrgicas e, mais recentemente, o emprego da prótese reversa nestas fraturas levaram ao significativo aumento dos custos no seu manejo, o que motivou a realização de estudos confrontando os resultados dos tratamentos conservador e cirúrgico em busca de maiores evidências.¹²

A seguir, resumimos três destes estudos, que consideramos relevantes, publicados nos últimos seis anos e tecemos algumas considerações finais.

Boa leitura.

Operative versus nonoperative treatment of proximal humeral fractures: a systematic review, meta-analysis, and comparison of observational studies and randomized controlled trials

J Shoulder Elbow Surg (2018)

Estudos observacionais possibilitam obter um maior número de pacientes para as metanálises, podem dar uma ideia melhor de desfechos infrequentes e aumentam a capacidade de generalização dos resultados. Nesta revisão sistemática e meta-análise, os autores testam duas Hipóteses: 1ª) o tratamento cirúrgico das FEPU não propicia resultados funcionais superiores em comparação com o tratamento não cirúrgico e 2ª) a inclusão de estudos observacionais levará a conclusões mais robustas, sem diminuir a qualidade dos resultados. Os objetivos do estudo são, portanto, comparar os tratamentos cirúrgico e não cirúrgico das FEPU desviadas e os efeitos estimados dos ensaios clínicos randomizados (ECR) e dos estudos observacionais. Para avaliação da qualidade metodológica dos estudos os autores utilizam o MINORS (*methodologic index for nonrandomized studies*). Comparável ao CONSORT para os ECR, o MINORS é uma ferramenta para metanálises com diferentes desenhos de estudos, que varia de 0 a 24 pontos. Apenas estudos com pontuação > 16 foram incluídos. Dois revisores independentes pesquisaram os bancos de dados MEDLINE, EMBASE, CENTRAL e CINAHL cruzando as palavras chave "proximal humeral fracture, operative treatment, nonoperative treatment, observational studies, randomized controlled trials, elderly and current evidence" em setembro de 2017. Foram incluídos estudos comparativos entre os tratamentos cirúrgico e não cirúrgico das FEPU, incluindo ECR e estudos observacionais (prospectivos ou retrospectivos) que avaliaram a função e as complicações das FEPU, de acordo com a classificação de Neer, nas línguas inglesa, holandesa ou alemã para pacientes com idade maior ou igual a 18 anos. O resultado primário avaliado foi a função clínica, de acordo com o escore absoluto de Constant-Murley (CM), após seguimento maior ou igual a 1 ano. Os resultados secundários foram: reintervenções não planejadas por falha do implante, infecção profunda, pseudartrose, impacto subacromial, pseudartrose e osteonecrose (ON). Foram incluídos 22 estudos, 7 ECR e 15

estudos observacionais (9 retrospectivos, 4 prospectivos e 2 combinação de ambos), resultando em um total de 1743 pacientes, 910 tratados cirurgicamente e 833 sem cirurgia. A média de idade foi de 68.3 anos e 75% dos pacientes eram do sexo feminino. O seguimento variou de 1 a 86 meses (mínimo de 1 ano). A média do MINORS para os 22 estudos foi de 17.5 pontos (12 a 22); para os 7 ECR, a média foi de 21 pontos (16 a 22) e para os 15 estudos observacionais, 16 pontos (12 a 21). A maioria dos estudos excluiu fraturas patológicas, expostas, em esqueleto imaturo e com lesões associadas no membro. Não houve diferença no resultado funcional, medido pelo escore de CM, entre os tratamentos cirúrgico e não cirúrgico, com uma diferença média de -0,87 (95% do IC, P = 0,69). Novas cirurgias (não programadas) foram mais frequentes no grupo cirúrgico e intervenções maiores ocorreram com maior frequência no grupo cirúrgico (P < 0.001). Os estudos observacionais apontaram maior risco de retirada do material de síntese (RMS) no grupo cirúrgico. No grupo não cirúrgico 4 pacientes foram submetidos a artroplastia de substituição por pseudartrose ou consolidação viciosa, 2 pacientes à redução aberta e fixação interna (RAFI) por consolidação viciosa e 2 pacientes à acromioplastia por impacto subacromial. O tratamento cirúrgico resultou em menores taxas de pseudartrose (P = 0.02), tanto entre os ECR e quanto entre os estudos observacionais. Não houve diferença entre os tratamentos cirúrgico e não cirúrgico para ON (P = 0.24) nos ECR, no entanto, 3 dos 15 estudos tiveram seguimento de 1 ano e a ON pode ocorrer em até 2 anos. De acordo com os estudos observacionais houve maior risco de ON com o tratamento cirúrgico (P = 0.02). Os resultados agrupados dos ECR foram similares aos dos estudos observacionais. Como conclusões, os autores recomendam o tratamento não cirúrgico para pacientes idosos (> 65 anos) com FEPU desviada; os efeitos agrupados dos estudos observacionais foram similares aos dos ECR e a inclusão dos estudos observacionais aumentou a capacidade de generalização dos resultados encontrados.

Interventions for treating proximal humeral fractures in adults (Review)

Cochrane (2015)

Nesta revisão sistemática, os objetivos dos autores foram avaliar as vantagens e as desvantagens do tratamento e da reabilitação das FEPU em adultos, comparando os tratamentos cirúrgico e não cirúrgico, assim como os diferentes métodos de tratamentos não cirúrgico, cirúrgico e de reabilitação pós-

-operatória. Foram selecionados ECR ou quase randomizados que comparam duas ou mais intervenções no tratamento das FEPU em adultos, estratificados pelo tipo de fratura (de acordo com as classificações de Neer ou AO) e pela idade (< 65 vs > 65 anos), se possível. A maioria das intervenções cirúrgicas foram RAFI com placa bloqueada (PB) ou hemiartroplastia. Os desfechos avaliados foram os resultados funcionais com seguimento de 1 ano ou mais. Os desfechos primários foram os escores *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH)*, *Oxford Shoulder Score (OSS)* e outras escalas validadas, as atividades de vida diárias (AVD), os escores de qualidade de vida *Short-Form 12 (SF 12)*, *Short-Form 36 (SF 36)* e as complicações maiores (eventos adversos maiores como óbito, infecção profunda, ON, síndrome simpático-reflexa, novas intervenções não planejadas). Os desfechos secundários foram os escores de Neer (para dor), CM, força, a amplitude dos movimentos (ADM), a satisfação do paciente e as complicações menores (infecção superficial, parestesia transitória, irritação da pele), resultados radiográficos (desvios residuais). Foram levantados 796 estudos realizados entre até novembro de 2014 dos bancos de dados da Cochrane (26), CENRAL (91), MEDLINE (114), EMBASE (199), CINAHL (129), AMED (5), PEDRO (55), WHO Trials Registry (61), ISRCTN Registry (66), Clinical Trials (50), Meeting AAOS 2014 (331), Meeting AOTA (2012-2014) (96), BJJOP (13). Deste total, foram selecionados e incluídos 31 estudos (30 realizados em centro único e 1 multicêntrico, com tamanhos variando de 20 a 250 participantes, totalizando 1941 participantes, 67% a 95% mulheres, maioria com idade maior ou igual a 60 anos, que utilizaram as classificação Neer ou do grupo AO. Destes 31 estudos, 8 estudos heterogêneos, 567 participantes e 568 fraturas, compararam os tratamento cirúrgico com o não cirúrgico das FEPU desviadas, mais de 73% em 3 ou 3m 4 partes, de acordo com a classificação de Neer. Os métodos de tratamento cirúrgico foram hemiartroplastia (3 estudos), RAFI (3 estudos), hemiartroplastia ou RAFI (1 estudo) e fixação externa (1 estudo). Os métodos de tratamento não cirúrgico foram tipóia por 3 semanas ou mais (6 estudos) e manipulação fechada seguida de tipóia (2 estudos). Cinco estudos (419 participantes) empregaram escores funcionais relatados pelos participantes com 12 meses de seguimento PO e não demonstraram diferenças estatisticamente significantes entre os grupos. Quatro ensaios (35 participantes) utilizaram 3 escores e, com 24 meses de seguimento PO, e não demonstraram diferenças estatisticamente significantes entre os grupos. Os autores concluem que há moderada a elevada qualidade de evidência de que o tratamento cirúrgico (RAFI ou hemiartroplastia) das FEPU desviadas e envolvendo o colo cirúrgico em adultos, comparado ao não cirúrgico, não resulta

em melhores resultados nos escores funcionais e de qualidade de vida após 1 ano e 2 anos. É provável que o tratamento cirúrgico resulte em maior necessidade de cirurgia subsequente, maior risco de eventos adversos e maior mortalidade. Esta evidência não pode ser aplicada para fraturas em 2 partes das tuberosidades, FEPU em indivíduos jovens, traumas de alta energia nem para as fraturas menos comuns, como as fraturas luxações e as com envolvimento da superfície articular (“*heavily comminuted fracture*”, por exemplo).

Surgical vs Nonsurgical Treatment of Adults With Displaced Fractures of the Proximal Humerus

The PROFHER Randomized Trial

JAMA (2015)

Com o objetivo de avaliar a eficácia do tratamento cirúrgico versus o não cirúrgico para pacientes adultos com FEPU desviadas envolvendo o colo cirúrgico, os autores realizaram um ensaio clínico pragmático, aberto, multicêntrico, de grupos paralelos e randomizado. Foram recrutados 250 pacientes com idade maior ou igual a 16 anos (média de 66 anos, variando de 24 a 92 anos), 192 (77%) do sexo feminino, 249 (99,6%) da raça branca, que se apresentaram ao departamento de Ortopedia de um dos 32 hospitais de emergência do reino Unido com FEPU desviada envolvendo o colo cirúrgico e até 3 semanas de tempo decorrido da lesão. Os pacientes foram seguidos por 2 anos (até abril de 2013) e os dados foram coletados até 2015. Foram incluídos na análise primária do estudo os dados coletados de 231 pacientes (114 no grupo cirúrgico e 117 no grupo não cirúrgico). O grau de desvio tinha que ser “suficiente” para que o cirurgião assistente considerasse a indicação de intervenção cirúrgica, de acordo com a “prática contemporânea” e não necessariamente atender aos critérios de deslocamento Neer. Foram excluídas as fraturas associadas a luxações, expostas, patológicas (que não por osteoporose), incapacidade mental para entender o estudo ou as instruções de reabilitação, indicação clara de cirurgia (por exemplo grave lesão das partes moles), lesões associadas no membro superior, comorbidade que impossibilitasse a cirurgia ou a anestesia, doentes terminais ou não residentes na área de captação da unidade de saúde. A Randomização dos participantes do estudo foi estratificada, com ou sem envolvimento da(s) tuberosidade(s) e em blocos. Os pacientes não foram

cegados e a alocação foi aleatória. Os tratamentos cirúrgico e não cirúrgico foram aqueles com os quais os cirurgiões e os fisioterapeutas estavam familiarizados. Os pacientes alocados no grupo cirúrgico foram tratados com fixação interna ou hemiartroplastia e os alocados no grupo não cirúrgico utilizaram tipóia por cerca de 3 semanas seguido de reabilitação. Os dados foram coletados com 3, 6, 12 e 24 meses após a cirurgia. O resultado primário foi o OSS durante o período de 2 anos. Os resultados secundários foram o SF 12 e as complicações (infecção, pseudartrose sintomática e ON), intervenções subsequentes e mortalidade. De acordo com a classificação de Neer, 18 pacientes tiveram suas fraturas classificadas em 1 parte (9 pacientes no grupo cirúrgico vs 9 no grupo não cirúrgico), 128 em 2 partes (65 vs 63), 93 em 3 partes (46 vs 47) e 11 em 4 partes (5 vs 6). Dos 109 pacientes do grupo cirúrgico e operados, a média de dias decorridos entre a fratura e a cirurgia foi 10.4 (1-33 dias). Os pacientes foram operados por 66 cirurgiões em 30 centros, 82% operados pelo cirurgião titular. Em 90 cirurgias (82.6%) foi utilizada PB; em 10, hemiartroplastia; em 4, haste bloqueada (HB) e nas 5 restantes, outras técnicas. Dos 125 pacientes alocados no grupo não cirúrgico 82 (65.6%) foram tratados com tipóia; 35 (28%) colar e manguito; 3 (2.4%) imobilização suspensa e em 5 casos não havia registros. Não houve diferença média significativa entre os grupos no OSS após 2 anos ou nas avaliações intermediárias ($P = 0.48$). Também não houve diferença significativa entre os grupos após 2 anos na média do SF 12, para as complicações relacionadas à fratura ou à cirurgia (30 pacientes no grupo cirúrgico vs 23 no não cirúrgico, $P = 0.28$), para a necessidade de uma cirurgia secundária (11 pacientes em cada grupo) ou para a necessidade de um novo tratamento (7 pacientes vs 4 pacientes, respectivamente, $P = 0.58$) e para mortalidade (9 pacientes vs 5 pacientes, $P = 0.27$). Dez complicações médicas (2 eventos cardiovasculares, 2 respiratórios, 2 gastrointestinais e 4 outros) ocorreram no grupo cirúrgico durante a internação hospitalar. Ligeiramente mais pacientes no grupo cirúrgico (30 pacientes; 24%) experimentaram complicações relacionadas à fratura ou ao seu tratamento em comparação com o grupo não cirúrgico (23 pacientes, 18%) em 2 anos, embora a diferença não seja estatisticamente significativa ($P = 0.28$). No grupo cirúrgico as complicações mais frequentes foram relacionadas ao material de síntese em 10 pacientes e rigidez em 6 pacientes. No grupo não cirúrgico as complicações mais comuns foram consolidação viciosa, pseudartrose e rigidez (5 pacientes para cada complicação). Onze pacientes (9%) em cada grupo necessitaram de uma cirurgia secundária, enquanto ligeiramente mais pacientes no grupo cirúrgico necessitaram de um novo tratamento (7 pacientes ou 5.6%

vs 4 pacientes ou 3.2%), embora sem significância estatística ($P = 0.58$). Houve ligeiramente mais óbitos no grupo cirúrgico (9 pacientes; 7.2%) comparados com o não cirúrgico (5 pacientes; 4%), embora sem significância estatística. Houve 28 pacientes em cada grupo com eventos adversos de maior gravidade. Os autores concluem que não houve diferença significativa nos escores clínicos entre os tratamentos cirúrgico e não cirúrgico para os pacientes com FEPU desviadas envolvendo o colo cirúrgico após 2 anos. Estes resultados não suportam a tendência de aumento de cirurgias para pacientes com FEPU desviadas.

Considerações finais:

Quando novas evidências de alta qualidade se tornam disponíveis, é importante que influenciem a tomada de decisão. No contexto das FEPU, isto implicaria em uma significativa redução no número de cirurgias. Se houver incertezas, novos estudos devem ser realizados.

As dúvidas atuais incluem qual o melhor método de tratamento cirúrgico, para quais pacientes deve ser indicado e se algum método cirúrgico é superior ao tratamento não cirúrgico para qualquer grupo específico de pacientes. É, portanto, discutível que, na ausência de uma indicação clara para a cirurgia, os pacientes devam receber tratamento cirúrgico para as FEPU, a menos que façam parte de um ensaio que investigue as incertezas atuais.

De acordo com Dean e colaboradores, uma crítica ao ensaio PROFHER, estudo com elevada qualidade de evidência, é o critério potencialmente subjetivo de “uma indicação clara para cirurgia”.¹³ De acordo com o ensaio, o grau de desvio tinha que ser “suficiente” para que o cirurgião de cada unidade hospitalar considerasse indicação cirúrgica, de acordo com a “prática contemporânea”. Dos 1250 pacientes avaliados para elegibilidade no ensaio PROFHER, 87 foram excluídos porque havia uma “indicação clara para cirurgia” diferente de luxação ou fratura exposta, enquanto 195 foram excluídos “por outras razões” que não foram especificadas.

Como resultado desta subjetividade nos critérios de indicação cirúrgica, pode-se, portanto, argumentar que os pacientes que participaram do PROFHER não eram totalmente representativos daqueles que estão sendo operados atualmente em todo o Reino Unido, na Europa ou em outros continentes.

Outra crítica do ensaio PROFHER é que há uma pequena proporção de fraturas classificadas como tipo 4 da classificação de Neer. Os pacientes considerados elegíveis para o tratamento cirúrgico no ensaio PROFHER eram mais propensos a ter fraturas envolvendo as tuberosidades do que os inelegíveis.

Portanto, é possível que parte desta pequena proporção do tipo 4 da classificação de Neer no ensaio PROFHER esteja relacionada à interpretação das imagens no emprego do sistema de classificação.

É importante esclarecer que o ensaio PROFHER foi desenhado para testar a superioridade de um método de tratamento em relação a outro e não a equivalência e, portanto, o ensaio não demonstrou que o tratamento não cirúrgico é equivalente ao cirúrgico; demonstrou que a cirurgia não foi superior. É possível que subgrupos específicos possam se bene-

ficiar da cirurgia e isto não tenha sido detectado, assim como é possível que uma parcela dos pacientes incluídos no ensaio PROFHER, isto é, com indicação de cirurgia de acordo com a “prática contemporânea”, pudessem ter sido tratados de forma eficaz sem intervenção cirúrgica.

Os resultados do estudo PROFHER não contraindicam em absoluto o tratamento cirúrgico das FEPU desviadas em idosos, simplesmente destacam que não há evidências de alta qualidade e suficientes para orientar o manejo de muitos pacientes que são operados atualmente no Reino Unido.

Referências bibliográficas:

1. Court-Brown CM, Caesar B. Epidemiology of adult fractures: a review. *Injury*. 2006;37(8):691-697.
2. Kim SH, Szabo RM, Marder RA. Epidemiology of humerus fractures in the United States: nationwide emergency department sample, 2008. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(3):407-414.
3. Court-Brown CM, Garg A, McQueen MM. The epidemiology of proximal humeral fractures. *Acta Orthop Scand*. 2001;72(4):365-371.
4. Karl JW, Olson PR, Rosenwasser MP. The epidemiology of upper extremity fractures in the United States, 2009. *Journal of Orthopaedic Trauma* 2015;29(8):242-4.
5. Mahabier KC, Hartog DD, Van Veldhuizen J, Panneman MJ, Polinder S, Verhofstad MH, et al. Trends in incidence rate, health care consumption, and costs for patients admitted with a humeral fracture in The Netherlands between 1986 and 2012. *Injury* 2015;46(10):1930-7.
6. Neer CS. Four-segment classification of proximal humeral fractures: Purpose and reliable use. *J Shoulder Elbow Surg* July/August 2002.
7. Resh H. Proximal humeral fractures: current controversies. *J Shoulder Elbow Surg*. 2011;20(5):827-32.
8. Hertel R, Hempfing A, Stiehler M, Leunig M. Predictors of humeral head ischemia after intracapsular fracture of the proximal humerus. *J Shoulder Elbow Surg*. 2004;13(4): 427-33.
9. Beks RB, Ochen Y, Frima H, Smeeing DPJ, Meijden O, Timmers TK, Velde D, Heijl, Leenen LPH, Groenwold RHH, Houwert RM. Operative versus nonoperative treatment of proximal humeral fractures: a systematic review, meta-analysis, and comparison of observational studies and randomized controlled trials. *J Shoulder Elbow Surg*. 2018;03 (9): 1-9.
10. Rangan A, Handoll H, Brealey S, Jefferson L, Keding A, Cobarcho Martin B et al. Surgical vs Nonsurgical Treatment of Adults With Displaced Fractures of the Proximal Humerus The PROFHER Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2015;313(10): 1037-47.
11. Handoll HHG, Brorson S. Interventions for treating proximal humeral fractures in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 11. Art. No.: CD000434.
12. Han RJ, Sing DC, Feeley BT, Ma CB, Zhang AL. Proximal humerus fragility fractures: recent trends in nonoperative and operative treatment in the Medicare population. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*. 2015;2746(15): 389-4.
13. Dean BJF, Jones LG, Palmer AJR, Macnair RD, Brewer PE, Jayadev C, Wheelton AN, Ball DEJ, Nandra RS, Aujla RS, Sykes AE, Carr AJ. A review of current surgical practice in the operative treatment of proximal humeral fractures. *BONE & JOINT RESEARCH*. 2016;5(5):178-84.

Um cirurgião de Ombro e Cotovelo na Índia

Nesta edição, a SBCOC gostaria de homenagear o colega Sergio Rowinski, membro da Sociedade que está desbravando novos caminhos e levando o nome da cirurgia de ombro e cotovelo além-mar! Confira abaixo o seu depoimento.

Minha história na Índia começou há 11 anos, no longínquo ano de 2010. Naquela época, não havia redes sociais, Instagram ou Whatsapp, e o Facebook ainda engatinhava, no Brasil. A comunicação entre as pessoas e, portanto, entre os médicos dava-se essencialmente por e-mail, e foi assim, então, que tudo começou.

Eu sempre gostei de educação, e, em 2009, havia criado meu perfil, no VUMEDI, onde postava muitos vídeos. Em 2010, um ortopedista indiano, o Dr. Nishith Shah, me procurou, por e-mail, interessado em meus vídeos, naquela plataforma, e interessado em discutir seus casos de ombro. Ele era especialista em joelho, mas tinha um genuíno interesse na Cirurgia de Ombro. Passamos a conversar muito, por e-mail, e mal sabia eu que seria aquele colega que me abriria as portas da Índia.

Em 2011, o Dr. Nishith me colocou em um grupo indiano de discussão de casos, por e-mail, chamado INDIAORTH; o grupo tinha, à época, em torno de 1300 ortopedistas, e a quantidade de casos postados era enorme, uma vez que o e-mail era, como dito acima, a única forma de comunicação entre as pessoas. Passei a participar daquela comunidade de forma quase obsessiva, ainda que nitidamente espontânea. A cada final de semana, debruçava-me sobre o computador, e escrevia por horas e horas a fio.

Naturalmente, fui ganhando espaço e reconhecimento naquele grupo, até que o primeiro convite para conhecer a Índia apareceu, em 2013. Fui convidado a participar do INDO-BRITISH Shoulder Course, em dezembro/2013, sob o comando do conhecidíssimo Offer Levy, na cidade de Agra, onde fica o Taj Mahal.



Em 2015, voltei àquele país, a convite de alguns colegas, entre eles o Dr. B. Shivashankar, atual presidente da Indian Orthopedic Association (é a SBOT da Índia), quando passei duas semanas viajando. Visitei seis cidades, operei pacientes, e dei aulas em alguns hospitais e universidades, onde destaco a DMC (Dayanand Medical College), na cidade de Ludhiana, perto do Paquistão, a convite do chefe do Departamento de Trauma, Dr Harpal Selhi. Poucos dias depois, realizei minha primeira cirurgia ao vivo, na cidade de Vijayawada, a convite do Dr. Paparao Bezawada, no sul do país, para uma plateia de 80 pessoas. Aquela primeira cirurgia ao vivo foi difícil – fiquei nervoso na véspera, no dia, e no começo da artroscopia. Mas fui me soltando, e a coisa evoluiu bem.

Em 2017, fui três vezes à Índia, sendo duas vezes no mês de fevereiro. De fato, não foi fácil viajar ao país por duas vezes, no mesmo mês, mas eram participações importantes para o meu crescimento e oportunidades que eu não podia desperdiçar. A segunda viagem, naquele mês de fevereiro, foi um marco na minha carreira, uma vez que eu era convidado internacional, com Sumant “Butch” Krishnan e Gary Gartsman. Realizei ali a minha terceira cirurgia ao vivo, no SHOULDER CONCLAVE, do Dr. Ashish Babhulkar, para uma plateia de 450 pessoas, a maior plateia para a qual operei, até hoje.

Em 2019, ainda voltei duas vezes, ajudado pelo Dr. Alladu Hemanth Kumar, sendo que, na última vez, em novembro/2019, fiz um “road show” pelo país: passei uma semana viajando, de avião, por 04 cidades, dando aulas, e fazendo cirurgias ao vivo, em todas elas.



Um trabalho de formiguinha

Todavia, é importante ressaltar que a extrema maioria do meu trabalho de Educação na Índia, acontece no meu dia a dia: recebo, regularmente, casos de colegas, pelo Whatsapp, e consigo responder a (quase) todos. É um trabalho regular que, acredito, faz diferença na prática de muitos colegas, o que me deixa particularmente muito contente.

Em 2018, criei uma marca de Educação para todo esse trabalho pessoal, de nome ShoulderPlanet e, desde 2020, venho organizando webinars internacionais, através de uma plataforma indiana, a ORTHO TV (criada pelos ortopedistas Dr. Ashok Shyam e Dr. Neeraj Bijlani), sempre no intuito de juntar especialistas, brasileiros, indianos e de outros países, para que o conhecimento em nossa especialidade se dissemine, ao máximo.

A Ortopedia na Índia

A Índia possui, atualmente, em torno de 35.000 ortopedistas e, bem diferente do Brasil, o trauma ortopédico é muito valorizado pelos colegas, naquele país. Não é exagero se dizer que (quase) todo ortopedista indiano opera trauma, regularmente. Por questões socioeconômicas bastante peculiares, o trauma chega ao consultório privado muito facilmente, fazendo com que o manejo de fraturas, na clínica privada, seja rotineiro, e volumoso.

De qualquer forma, a Cirurgia do Ombro e Cotovelo vem se desenvolvendo na Índia, especialmente nos últimos anos, a passos largos, e rapidamente. Existem excelentes especialistas em nossa área, com enorme bagagem, e o número de centros formadores vem aumentando, no intuito de atender as demandas do país, que sabidamente é muito populoso. Assim, a cada dia novos especialistas são formados, preenchendo uma demanda real, naquele cenário ortopédico.

Ainda vale citar aqui, a cordialidade daquele povo, que é absolutamente notável. Os indianos sempre se preocupam

em tratar bem seus visitantes, sendo muito atenciosos. Já recebi muitas premiações naqueles países, sendo algumas delas um tanto interessantes, como o chapéu, na foto aqui postada, que recebi como premiação, na D.Y. Patil Medical College, na cidade de Pune.

E sobre o futuro?

Sobre o futuro, prefiro dizer que penso em fazer o meu melhor, no presente. Atualmente, venho me dedicando a desenvolver projetos também em reabilitação, com colegas fisioterapeutas indianos, onde destaco a parceria com uma fisioterapeuta em especial, a Dra. Devayani Thakre, da cidade de Nagpur, a qual vem me ajudando muito.

E, com o arrefecimento da pandemia de Covid-19, acredito que ainda voltarei àquele país muitas vezes, sempre no intuito de corroborar no desenvolvimento de nossa especialidade, por todos os cantos daquele país, que me acolheu, e me recebeu de braços abertos.





O Manguito Rotador de Charles Neer aos dias atuais

Charles Neer (Fig. 1) se constitui num divisor de águas entre o clássico e o moderno, já que ele não praticou artroscopia. Porém, alguns dos seus artigos, baseados em observações clínicas e raciocínio lógico, impactam a cirurgia do manguito rotador até hoje. *Anterior Acromioplasty for the Chronic Impingement Syndrome in the Shoulder. A preliminary report*, publicado no JBJS em 1972, considerado o 8o artigo mais lido na ortopedia, explica à comunidade ortopédica uma maneira fácil de tratar a dor ocasionada pela lesão do manguito. A seguir, Neer descreve a teoria da compressão extrínseca exercida pelo acrômio sobre o manguito, descrita no *Impingement Lesions* (CORR, 1983, o 56o artigo mais lido da ortopedia) através da didática classificação em três fases: edema e hemorragia, tendinite e fibrose e ruptura e osteófitos, e ajuda a geração dos anos 80 a entender evolução natural da patologia. Em 1987, Neer, **Evan Flatow** e **Osvandré Lech**, apresentam a maior série até aquele momento de reparação aberta de manguito. Neer foi incansável descrevendo protocolo de reabilitação, participando da fundação da ASES (1984), do JSES e do IBSES (1992)

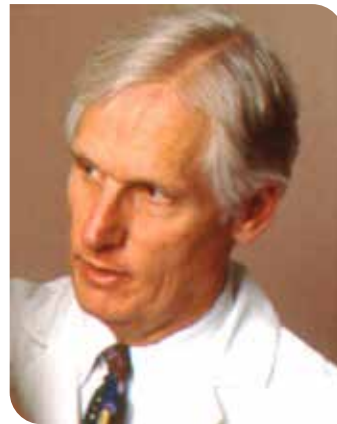


Neer e Rockwood, Gala Dinner, pré- 4º ICSS, 1989, Nova Iorque

O canadense **Hans Uthoff**, junto com o alemão **Joachim Loher** e **S. Sakar**, defendem a teoria intrínseca ou degeneração tendínea em artigo e apresentação oral no 3º ICSS, em Fukuoka, Japão, em 1986. Na época, evita-se reunir Neer e

Uthoff para defender as suas teorias na mesma sessão, pois o *fairplay* poderia ser deixado de lado...

Em 1983, **Ed Craig** (Fig 2) e **Hiro Fukuda** (Fig 3) descrevem com Neer a *Cuff Tear Arthropathy* no JBJS. Aqui também não havia cortesia no diálogo com o grupo de reumatologistas que descreveu patologia semelhante, o *Milwaukee Shoulder*.



Ed Craig



Hiroaki e Hiroko Fukuda e os filhos Akido, Hiroko e Tomoko, 1996

Louis Bigliani (Fig 4) e **David Morrison** (Fig 5) descrevem o acrômio com três curvaturas – reto, curvo, e ganchoso – e apresentam em 1986 no congresso anual da ASES. O artigo NÃO FOI ACEITO para publicação nos “grandes journals” e limitou-se a ter o Abstract publicado no *Orthopaedic Transactions*, um journal especializado em resumos de congressos. Polêmicas à parte, depois de 35 anos, os “acrômio Bigliani tipo tal” continuam a ser descritos nos laudos radiológicos diariamente ao redor do mundo. Bigliani defendeu com diversos artigos bem estruturados a ideia de que a reparação aberta do manguito é o Gold Standard e possui os mesmos resultados que a artroscópica.

Arthroscopic Sub-Acromial Decompression, uma análise de casos com evolução de 1-3 anos, descrita na *Arthroscopy* em 1987 por **Harvard Ellman**, inaugura a era da artroscopia na ASES. Porém, **Lonnie Paulus** e **James Andrews** devem ser lembrados quando se fala de pioneirismo pelas suas contribuições antes desta data.

A patologia da origem do biceps no complexo labral superior tem a primeira descrição por **A. Pappas** em 1983 no AMJS, clássico “*Symptomatic shoulder instability due to le-*

sions of the glenoid labrum". A seguir, em 1985, **James Andrews** descreve a lesão complexa em arremessadores. Em 1990, **Steve Snyder** cunha a expressão "SLAP – superior labrum anterior to posterior Lesion" e classifica em quatro graus. Snyder tem grande influência no desenvolvimento de âncora, que substitui os grampos utilizados em artroscopia nos anos 80 por **Richard Caspari e Craig Morgan**.



Louis Bigliani, amigo dos brasileiros



David Morrison e Peter McCann

Christian Gerber (Fig 6) possui inúmeras contribuições, todas notáveis, geniais. Em 1985, ele descreve o impacto causado pelo processo coracóide sobre o subescapular, no clássico *The role of the coracoid process in the chronic impingement syndrome*. Em 1988 ele reedita o clássico L



Christian Gerber, em Fribourg, Suíça, em 1992, antes da fama

Episcopo, transferindo o grande dorsal de rotador interno para externo no tratamento das lesões maciças póstero-superiores. Em 1991, ele descreve o teste de insuficiência do subescapular nas rupturas isoladas. Em 2013 Gerber volta a atenção ao acrómio e sua inclinação lateral, quando descreve no JBJS o clássico "Is there an association between the individual anatomy of the scapula and the development of rotator cuff tears or osteoarthritis of the glenohumeral joint?: A radiological study of the critical shoulder angle". Com mais de 300 trabalhos publicados, Gerber recebe um prêmio da Fundação de Pesquisa e Educação em Ortopedia (OREF) da AAOS pelo trabalho "Rotator cuff disease: from scientific understanding to patient care". Aposentado há pouco e detentor de 04 (quatro!) Neer Awards, o prêmio científico anual máximo da ASES, Gerber mantém-se como sinônimo de livre pensador e inovador entre seus pares.

Em 1987, **Hiroaki Fukuda** publica no CONA um estudo elucidativo sobre as lesões parciais do manguito, dividindo-as

em articulares, intratendíneas e bursais. A repercussão da pesquisa rendeu a Hiro Fukuda o convite para apresentar seus estudos em Sydney, no 7º ICSS de 1988, na Codman Lecture intitulada "Partial-Tickness Rotator Cuff updates – A modern view of Codman's classic".

Chris Constant, um ortopedista inglês "mais clínico que cirúrgico" e **A.H., Murley** descrevem em 1987 no CORR o artigo "A clinical method of functional assessment of the shoulder". O método acaba sendo adotado por consenso na cirurgia do ombro mundial e se transforma no clássico "Constant-Murley Shoulder Outcome Score".

Neste mesmo ano de 1987, **Paul de Grammont** publica em journal belga – porque os franceses não aceitaram – a prótese reversa de ombro, com indicação para as rupturas maciças do manguito acompanhadas ou não de artrose gleno-umeral.

1990 é um ano riquíssimo, pois **Neer** lança o livro clássico, sem colaboradores, o "Shoulder Reconstruction" e **Charles Rockwood e Frederick Matsen** lançam o "The Shoulder", iniciando uma prolongada parceria editorial. Do Japão, **Kazutoshi Hamada e Hiro Fukuda** publicam a classificação radiográfica da artropatia do manguito, e **Didier Patte e Harvard Ellman** descrevem separadamente classificações de lesão do manguito.

Gilles Walch assina com **Pascal Boileau, E. Noel, J.P. Liotard e Henry Dejour** (Fig 7) o clássico "Traitment chirurgical des épaules douloureuses par lésions de la coiffe et du long biceps em fonction des lésions – réflexions sur le concept de



Pascal Boileau, Gilles Walch, Minoru Yoneda (Japão) e Jaap Willems (Holanda)

Neer" em 1991, um título pomposo para defender uma ideia simples: tenotomia do CLB, especialmente em pacientes acima de 60 anos, toda a vez que o cirurgião entender que ele participa do processo de dor na patologia do manguito. O conceito foi apresentado em *Closed Meeting* da ASES na época. Muitos americanos – furiosos – defendiam a ideia de preservar o bíceps de qualquer maneira pela sua importância biomecânica. Esbanjando segurança, Gilles sozinho na arena defendia a mínima importância biomecânica do CLB e sua técnica radical. No final da tumultuada sessão, um dos participantes o define como um "Biceps Killer", naquele momento um insulto bem-humorado. Estava criado um jargão na cirurgia do ombro

que perdura por 30 anos! Gilles também descreve no JSES em 1992, em parceria com Boileau, Noel e Donnel, o impacto da superfície profunda do supra na borda pósterio-superior da glenóide. Recém aposentado, Gilles continua colecionando admiradores por sua impressionante contribuição.

Em 1999, Joe Tauro avança a técnica artroscópica com o clássico "arthroscopic interval slide for retracted rotator cuff tears".



Steve Burkhart recebe Carlos Castillo e Paulo Piluski (Passo Fundo) e Armando Secundino (Curitiba) em 2016

Michael Simoni é o primeiro brasileiro a publicar no JSES em 1994. "Loss of the deltoid after shoulder operations: an operative disaster" é um estudo crítico à má abordagem e reinserção do deltoide, especialmente na cirurgia aberta do manguito. O artigo é também assinado por **Groh, Rolla e "Charly" Rockwood**.

D. Goutallier assina com **Postel, Bernargeau, Lavau e Voisin** no CORR em 1994 a classificação em O5 (cinco) estágios da degeneração muscular gordurosa devido ao desuso ou desinserção. Embora esta avaliação sirva para qualquer músculo, é no manguito rotador a sua maior – quase exclusiva – utilização. A nova conceito é realizada por tomografia; no Brasil, este estudo é realizado por ressonância.

O sul-coreano **Seung-Ho Kim** publica técnica de nó artroscópico deslizante auto-travante, denominado de "SMC", em referência ao *Samsung Medical Center*, no *Arthroscopy* em 2000.



Checchia recebe em 2000 o prêmio de melhor vídeo da AAOS

discinesia escapular, até então incluída erroneamente como patologia do manguito.

Em 2004, **Leesa Galatz** (Fig 10) chama a atenção para o alto índice de re-rupturas – que pode chegar até 94% - num estudo com dois anos de evolução de 18 reparações artroscópicas e abre a discussão sobre a cicatrização do manguito.

Com o advento da artroscopia, **Steve Burkhart** (Fig. 8) realiza inúmeras contribuições quase que exclusivamente na *Arthroscopy: suspension bridge* (1994), *margin convergence* (1996), *double row repair* (2003) em parceria com o canadense **Ian Lo**, além de uma longa lista de materiais e implantes cirúrgicos em parceria com a Arthrex.

Sérgio Checchia recebe em 2000 o prêmio de melhor vídeo da AAOS (Fig 9) pelo seu clássico "Animated and Live Techniques of Arthroscopic Acromioplasty".

William Benjamin Kibler, o "Ben Kibler", de Lexington, Kentucky, EUA, publica em 2003 uma série de três artigos no *Arthroscopy* sobre o ombro do arremessador, elucidando a



Leesa Galatz, a estrela do 7º Closed Meeting em Mangaratiba, RJ, e as cirurgiãs de ombro brasileiras presentes ao evento

de **Sugaya**, da Coréia do Sul, em 2009 no JBJS. Já Maxwell Park descreve o *transosseous-equivalent rotator cuff repair*.

O libanês **Bassen Elhassan** (Fig 11), que recentemente trocou Mayo por Harvard, introduz em 2009 nova técnica cirúrgica no armamentário para tratar lesões extensas e irreparáveis pósterio-superiores pela transferência da porção inferior do trapézio. Fenômeno em comunicação pessoal e com visual extravagante, Bassen transformou-se referência mundial no tema de transferências tendíneas do ombro e cintura escapular.

Também em 2009, Eugenio Savarese introduz nova técnica para o tratamento das lesões irreparáveis, no clássico "Subacromial biodegradable spacer", o popular "ballon", que não foi aprovado para uso no Brasil até o momento.

Por falta de aprovação da prótese reversa no Japão, **Teruhisa Mihata** descreve em 2012 a *Superior Capsular Reconstruction* e institui técnica cirúrgica inédita. Complexa e de alto custo, a técnica mantém-se em ferrenha discussão científica nos dias atuais.

Também em 2012, o gaúcho **João Ellera Gomes** publica seu estudo sobre a cicatrização do manguito rotador potencializada por células-tronco, popularizando a técnica PRP, e recebe maciço índice de citação internacional.

Na publicação *Instructional Courses Lectures* da AAOS de 2014 e durante as edições do *Nice Shoulder Course*, **Pascal Boileau** define introduz siglas que nos ajudam a entender lesões específicas do manguito: *isolated loss of active elevation or pseudoparalyzed shoulder (ILEA)*, *isolated loss of active external rotation (ILER)*, *Combined Loss of Elevation and External Rotation (CLEER)*.

Ao concluir este texto, verifico a longa lista de nomes que mereceria participar da história do manguito rotador nestes últimos 40 anos. Para tal, um texto maior será necessário. Ou um capítulo. Ou talvez um livro...

Hiroyuki Sugaya avalia em 2005 a integridade de 80 reparos artroscópicos do manguito rotador por ressonância magnética com seguimento médio de 35 meses e propõe classificação em 5 categorias.

Com o estabelecimento de novas técnicas artroscópicas, o footprint do manguito recebe atenção de **Alan Curtis**, dos EUA, em artigo de 2006 na *Arthroscopy*, e



Bassen Elhassan

Serviço Credenciado da SBCOC lança livro Doenças do Ombro

Com o apoio da SBCOC e muito esforço por parte do seu autor principal, Arildo Paim, juntamente com a Equipe de Ombro e Cotovelo da Santa Casa de Belo Horizonte, foi realizado o lançamento desta tão esperada publicação, durante o último 7º Closed Meeting, ocorrido em agosto deste ano.

Segundo o editor chefe, a ideia foi criar um compêndio sobre as patologias do ombro, que surgiu devido a quase ausência na literatura brasileira de um livro sobre os distúrbios, frequentes e raros, não traumáticos da cintura escapular. Essas situações clínicas ocorrem na vida de um ortopedista como as doenças degenerativas, nervosas, do metabolismo, lesões do atleta, rigidez articular, malformações congênitas e as infecções incluindo a Cutibacterium acnes dentre outras.

“Portanto, meu foco foi num livro didático para o estudante, residente, ortopedista jovem e até mesmo para o cirurgião de ombro experiente. A proposta foi num livro texto de forma legível, de fácil localização de seu conteúdo”, explica o autor.

O livro foi dividido em seções com 80 capítulos e sub-capítulos passando pelos conceitos básicos de anatomia, biomecânica, terminologia anatômica (antiga nomina anatômica), diagnóstico clínico, imagens, doenças específicas das estruturas anatômicas como a discinesia escapular e conteúdo digital.

Foi incluído um capítulo sobre a história da cirurgia do ombro no Brasil e no mundo. Um verdadeiro tratado com mais de mil páginas, mil figuras coloridas, além de desenhos esquemáticos, tabelas, quadros e casos clínicos. “Só foi possível a realização desta obra com a contribuição e apoio da SBCOC, SBOT, de convidados internacionais e de outras especialidades médicas”, finaliza Arildo, orgulhoso pelo trabalho.



Arildo Paim, autor do livro Doenças do Ombro





Conheça a história de Leonardo Magalhães Lott, cirurgião e cozinheiro



Leonardo Magalhães Lott na cozinha, onde faz as suas criações

A gastronomia teve início na pré-história com o homem primitivo descobrindo, após a descoberta do fogo, que os alimentos poderiam ser modificados quanto ao sabor. Outro desenvolvimento ocorreu na evolução das técnicas de cultivo e produção, assim como no incremento dos métodos de conservação e manipulação dos alimentos, o domínio do salgamento e no conhecimento das especiarias que dão sabor a comida.

O ato de cozinhar sempre fez parte da cultura do povos. Na idade antiga, no período das grandes civilizações, quando os banquetes eram rotina, cozinhar era um ato para promover celebrações familiares e as vitórias nas guerras. Na idade média, por meio das Igrejas, os monges desenvolveram modos de preparar os alimentos, produzindo pães, vinhos e cervejas. Na Idade Moderna, com o desenvolvimento das expedições marítimas com a descoberta das rotas para as Índias Orientais e Américas, e a cultura Iluminista com o surgimento das novas Artes, ocorreu a identificação e a promoção do uso de especiarias, o que revolucionou a forma de cozinhar e apreciar a boa comida! Na Idade Contemporânea, a gastronomia se aperfeiçoou, associando o ato de comer ao entretenimento e profissão, conseguindo unir a popularização da ação de cozinhar com o luxo das cozinhas dos grandes Chefs.

No Brasil, além de sermos os maiores produtores de comida para o mundo, somos parte importante na história da gastronomia mundial, seja por nossas especiarias e espécimes tropicais que encantam os estrangeiros, até nossos badalados restaurantes e Chefs que ganham estrelas nos maiores guias de gastronomia do mundo.

Em nossa vida, muitas vezes, aprender a cozinhar é uma questão de necessidade, quase uma obrigação. Principalmente, quando, ainda estudantes de medicina, saímos da casa dos pais, e entramos na intensa rotina que a Ortopedia e Traumatologia nos impõe. Porém, para muitos de nós, o ato de cozinhar se torna uma diversão, pelos prazeres da boa mesa, por ser uma forma maravilhosa de reunir a família e os amigos, seja para um churrasquinho de final de semana, ou um jantarzinho romântico. Comida, vinhos e viagem formam uma harmonização perfeita.

Muitos dos nossos associados gostam de cozinhar, se divertem e dedicam a essa atividade como lazer. Convidei o amigo do Rio de Janeiro, Leonardo Magalhães Lott, sócio da SBCOC, para nos contar um pouco da relação dele com a gastronomia. Uma boa leitura e bom apetite!

“Meu início na cozinha não aconteceu por um simples acaso. Aos dezenove anos, me aventurei em uma viagem por três meses na costa da Austrália com uma mochila nas costas e duas pranchas de surf embaixo dos braços. O dinheiro reservado para a viagem não me daria muita folga para idas diárias a restaurantes. A alternativa que sobrava era cozinhar nos albergues em que eu ficaria durante a viagem. Mas, até ali, a cozinha era um local onde eu não me aventurava muito.

No começo, como em todas as atividades, os erros foram recorrentes: muito sal, a carne passou do ponto, as porções foram mal calculadas. Me lembro que a primeira refeição do meu mochilão, um belo prato de macarrão instantâneo com atum enlatado, foi inteiro para o lixo após a primeira garfada e trocado por uma bela e nutritiva promoção no McDonald's. Aquilo teria que mudar e, aos poucos, lendo receitas em rótulos de produtos, pedindo ajuda aos colegas de albergue ou dicas por telefone para a mãe nas breves ligações durante a viagem, as coisas melhoraram.

Ao voltar para o Rio de Janeiro, saí da casa dos meus pais e fui dividir um apartamento com dois amigos de faculdade. Mais uma vez, cozinhar era algo necessário, mas agora já estava um pouco mais preparado. Buscas e mais buscas na internet por receitas, um ou dois livros de culinária recebidos de presente, os canais que passavam programas de culinária passaram a ser os preferidos.... Assim, a cozinha se tornava um hobby favorito. Nunca cheguei a fazer cursos ou aulas de culinária. Tudo aconteceu na base da leitura, erros e acertos, e aos poucos cozinhar ia ficando cada dia mais “fácil”. Na cozinha, assim como na cirurgia, a prática nos leva a uma melhora constante. A repetição de processos manuais, associados a uma boa base teórica, nos leva a bons resultados.

À medida que esses resultados melhoravam, a curiosidade e a vontade de explorar novos terrenos na culinária cresciam. E já que o início da minha vida na cozinha se deu fora de casa,

as viagens se tornaram a maior inspiração por novos pratos, para o conhecimento de novos ingredientes e principalmente a fonte de novos temperos e sabores para o dia a dia. Massas frescas, um bom prato tailandês apimentado, pizzas com a verdadeira massa napolitana, um polvo grelhado ensinado por um pescador grego, uma bela paella no dia de receber uma turma grande em casa, e até um tiramisu (o preferido da esposa, apesar de ainda não me sentir tão confortável assim com os doces) começaram a agradar o paladar dos familiares e amigos e se transformaram em um grande motivo para que nossa casa esteja sempre de portas abertas para receber.

A evolução dessas habilidades se transformou em algumas postagens nas redes sociais, que eventualmente se tornaram um perfil próprio de publicação de muitos pratos e algumas receitas (apesar da promessa aos seguidores de sempre publicá-las, confesso que fico devendo muitas vezes). E esse perfil gerou até um convite para participar de uma famosa competição culinária na TV, projeto que não foi levado a frente principalmente por motivos profissionais. A cirurgia de ombro e cotovelo segue sendo minha prioridade, mas quem sabe um dia?

A cozinha hoje é um local de relaxamento, descontração e afeto. Junto com o centro cirúrgico, é o local onde me sinto útil, seguro e recompensado ao receber um elogio e um sorriso dos amigos ao final de um almoço ou jantar. Para um futuro não tão próximo, penso na cozinha como um lugar para me manter ativo após deixar de lado o bisturi. Uma pousada na praia com um pequeno restaurante, ter um local próximo de casa para poder cozinhar e receber não só os amigos, mas também pessoas novas, ou até quem sabe um bistrô em algum lugar do mundo pelo qual me apaixone em alguma viagem... Hoje essas são ideias ainda distantes para o momento em que ombros e cotovelos serão trocados por outros ingredientes fascinantes no meu dia a dia.”



Leonardo Magalhães em atividade no Centro Cirúrgico



Polvo - um dos seus pratos preferidos

