JORNAL DO

OMBRO & COTOVELO

SBCOC
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DE OMBRO E COTOVELO

INFORMATIVO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DO OMBRO E COTOVELO • **SBCOC**

ANO XVI • EDIÇÃO #57 • ABR-MAI-JUN DE 2023 • www.sbcoc.org.br

FALTA POUCO!

ESTÁ CHEGANDO O 8º CLOSED MEETING!

Não perca a oportunidade de participar do maior encontro da cirurgia do ombro e cotovelo e fique atento aos cursos que serão apresentados durante o evento.

[SAIBA MAIS NAS PÁGINAS 14 E 16]

CONFIRA TAMBÉM:

Nesta edição, a SBCOC entrevista a profissional de comunicação Karina Maia, que traz dicas de como trabalhar a comunicação médico-paciente de forma eficaz. **Saiba mais**

PÁGINA 6

SBCOC apresenta novas comissões, montadas para suprir demandas e aumentar ainda mais a participação efetiva dos membros da socidade. **Conheça**

PÁGINA 8

Confira o calendário de eventos para o segundo semestre e fique por dentro dos congressos e cursos itinerantes que serão promovidos pela sociedade em diferentes estados do Brasil. **Leia mais**

PÁGINA 15

PALAVRA **DO PRESIDENTE**

METADE DA TRAJETÓRIA CONCLUÍDA!

DR. SANDRO DA SILVA REGINALDO
Presidente da SBCOC • 2023

Após seis meses de gestão da diretoria 2023 da SBCOC, o sentimento é de satisfação e positivismo por tudo que realizamos até aqui, e a trajetória que está sendo construída. Cada integrante desta diretoria vem se dedicando na missão e responsabilidade de dirigir a Sociedade, e se empenhando cada vez mais a fazer a entidade crescer. Novas Comissões foram criadas, no intuito de abranger cada vez mais áreas da nossa especialidade.

Pensando na constante evolução dos nossos associados, continuamos periodicamente realizando Cursos Itinerantes em diversas regiões do país, Webinares de Treinamento para R4 e recentemente foi dado início a um novo projeto: Temporada Jovem SBCOC, um programa especial para os jovens ortopedistas de ombro e cotovelo. Os encontros acontecerão online, e trarão temas relevantes que vão além da especialidade.

Além disso, estamos nos aproximando do maior evento anual, o 8º Closed Meeting, que acontece de 17 a 19 de agosto de 2022, em Brasília (DF). Teremos convidados nacionais e um palestrante internacional. Acompanhe nossas redes sociais e fique por dentro de todas as novidades e informações sobre o evento. Em Brasília também, na mesma semana em que acontece o Closed, será aplicado o 7º Exame para Obtenção do Título de Membro da Sociedade (TECOC). Boa sorte aos inscritos, e esperamos por todos neste encontro, no 8º Closed Meeting!

Nesta edição do Jornal da SBCOC, trazemos uma diversidade de temas como, artigos científicos de ombro e cotovelo, a coluna jurídica com o tema Resolução do CFM nº 2.333/2023, entrevista com a comunicóloga Karina Maia, e os próximos principais eventos da SBCOC.

BOA LEITURA!

"CADA INTEGRANTE DESTA DIRETORIA VEM SE DEDICANDO NA MISSÃO E RESPONSABILIDADE DE DIRIGIR A SOCIEDADE **E SE EMPENHANDO CADA VEZ MAIS A FAZER A ENTIDADE CRESCER."**

SBCOC
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DE OMBRO E COTOVELO

SIGA A SBCOC
NAS REDES SOCIAIS

WWW.**SBCOC**.ORG.BR

JORNAL DO **OMBRO & COTOVELO**

EXPEDIENTE **Presidente** Sandro da Silva Reginaldo **1º Vice-Presidente** Carlos Henrique Ramos **2º Vice-Presidente** Marcelo Costa de Oliveira Campos **1º Secretário** Eduardo Angeli Malavolta **2º Secretário** Flavio de Oliveira França **1ª Tesoureira** Luciana Andrade da Silva **2º Tesoureiro** João Felipe de Medeiros Filho **Comissão de Comunicação Institucional** Jean Klay Santos Machado, Caio Santos Checchia, Saulo Teixeira Pansiere, Eduardo Ferreira Cordeiro, Marcelo Erthal Moreira de Azeredo, Gustavo Barboza de Oliveira • **Comissão de ensino e treinamento (CET)** Maria Isabel Pozzi Guerra, Guilherme Henrique Vieira Lima, Marcelo Carvalho Krause Gonçalves, Márcio Diego Castro Teixeira, Renato Aroca Zan, Rafael Fuchs Lazarini, Ricardo Canquerini da Silva, André Couto Godinho, Leonardo Vieira Santos Moraes • **Comissão de Educação Continuada (CEC)** Leônidas de Souza Bomfim, Marcelo Costa de Oliveira Campos, Mauricio de Paiva Raffaelli, Rodrigo Zampieri, José Carlos Souza Vilela, Jorge Henrique Assunção, Nicola Archetti Netto, Bernardo Barcellos Terra, Leandro Cardoso Gomide e Alexandre Henrique • **Comissão de Honorários Médicos e Defesa Profissional** João Felipe de Medeiros Filho, Christine Maria Muniz Silva, Rodrigo Martins Silva Caetano, Pedro Couto Godinho, Alfredo Honório de Valois Coelho • **Comissão de Ética** Arnaldo Amado Ferreira Neto, José Sérgio Franco, Marco Antônio de Castro Veado • **Comissão Jovem SBCOC** Luiz Henrique Boraschi Vieira Ribas, Bruno de Souza Teixeira, Otavio Bento Souza Silva, Rodolpho Lemes de Oliveira, Diego Pedrosa Capitol Carneiro Leal, Alexandre Almeida • **Comissão de Relações Internacionais** Osvandré Luiz Canfield Lech, José Carlos Garcia Junior, Lúcio Sergio Rocha Ernlund, Alberto Naoki Miyazaki, Benno Ejnisman, Márcio Cohen, Michael Simoni • **Comissão de Regenerativa** Bernardo Barcellos Terra, Rickson Guedes de Moraes Correia, Alan Andrade Figueira Pinto, Marcos Antônio da Silva Girão, Renata Fátima de Oliveira Siqueira, Luís Otávio Mantovani Battaglin • **Comissão de Cotovelo** Bruno Lobo Brandão, Marcelo Fregoneze, Márcio Eduardo de Melo Viveiros, Jair Simmer Filho, Alberto de Castro Pochini • **Comissão de Incentivo às Pesquisas e Publicações Científicas** Paulo Santoro Belangero, Mário Lenza, Paulo Cesar Faiad Piluski, Fernando Brandão de Andrade e Silva, Marcus Vinícius Galvão Amaral, Breno Schor, Ênio Sibério de Melo Ferreira, Thiago Barbosa Caixeta • **Comissão de Estatuto e Regimento** Ildeu Afonso de Almeida Filho, Fábio Brandão De Almeida, Rodrigo Chauke Rezende
Regionais SBCOC • **Sul** Bruno Borralho Gobbato • **Norte e Nordeste** Eduardo Guedes Fernandes • **Centro Oeste** Cassio Maurício Telles • **Sudeste** Joel Murachovsky • **Conselho Editorial do Jornal SBCOC** Carina Cohen Grynbaum, Flavio de Oliveira França, Regis Albertini, Guilherme do Val Sella, Luciano Pascarelli, Fábio Yoshihiro Matsumoto, Maurício Wanderley Moral Sgarbi, Carlos Vicente Andreoli © Todos os direitos reservados. **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** Carolina Fagnani (MTB / 42434/SP) • **Redação** Vivian Fernandes • **Projeto gráfico e diagramação** Danilo Fattori Fajani • Os artigos assinados não representam, necessariamente, a posição da editoria da SBCOC.

JORNAL DA SBCOC: AVANÇOS CIENTÍFICOS, CONHECIMENTO E COMUNICAÇÃO EFETIVA

DRA. CARINA COHEN
Editora-Chefe

▪ Olá, pessoal! Preparados para mais uma edição do Jornal da SBCOC? Esta vem recheada de informações interessantes, ciência, uma entrevista especial e a agenda para o próximo semestre!

As Comissões da SBCOC seguem a todo vapor trabalhando para trazer aos associados diversos cursos, informações relevantes, práticas, criação da grade científica do congresso e até Programa de Fellowship na especialidade.

Além disso, você poderá conferir a data dos próximos webinares e se inscrever para o curso de Ultrassonografia do Ombro e Cotovelo que acontecerá no pré-congresso do Closed Meeting.

Na área científica, o jornal traz a discussão sobre a recente técnica totalmente artroscópica de estabilização anterior dinâmica do ombro com a cabeça longa do bíceps (CLB) para as instabilidades anteroinferiores. Você poderá conferir o passo a passo da cirurgia para introduzi-la na sua prática.

Ainda, de olho no bíceps, o artigo de cotovelo traz uma revisão sistemática e meta-análise sobre os resultados cirúrgicos e complicações após reconstrução do tendão distal do bíceps apresentando um comparativo entre as diferentes técnicas e tipos de fixação. O tema, entretanto, ainda apresenta muitas limitações, especialmente pelo pequeno número de casos reportados por estudo.

A coluna "Batendo o Martelo", esclarece a nova Resolução do CFM nº 2.333/2023 que gerou "barulho" ao estabelecer que fica vedada a prescrição médica de terapias hormonais com esteroides androgênicos e anabolizantes com finalidade estética, para ganho de massa muscular e/ou melhora do desempenho esportivo, tanto para atletas amadores quanto profissionais. É importante conhecer as leis, confira lá todas as considerações avaliadas para tal medida!

Por fim, essa edição conta com uma entrevista especial com a comunicóloga Karina Maia, que nos faz refletir sobre as falhas na comunicação e mostra a necessidade e importância do uso de uma linguagem que seja compreensível para o paciente. A coluna traz ainda, dicas de como aperfeiçoar a linguagem técnica e corporal, pontos chave para uma relação de confiança entre o médico e o paciente.

Espero que nosso time também esteja conseguindo se comunicar bem com cada um de vocês, levando informação e trazendo esclarecimento para todos os colegas do Brasil.

BOA LEITURA! ▪

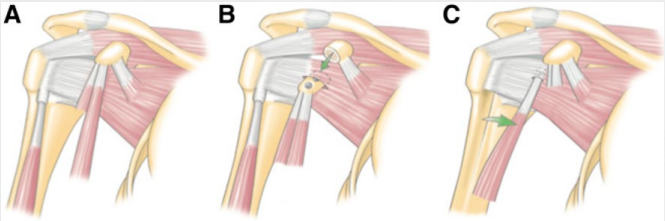
TRATAMENTO DA LUXAÇÃO GLENOUMERAL ÂNTERO INFERIOR ATRAVÉS DA ESTABILIZAÇÃO ANTERIOR DINÂMICA COM O CABO LONGO DO BÍCEPS

DR. LUCIANO PASCARELLI

▪ A instabilidade traumática crônica é uma patologia comum da articulação glenoumeral. Na presença de defeito ósseo da glenóide, acima de 13% a técnica de bloqueio ósseo é o método de escolha. Nos casos de defeitos ósseos abaixo, 13% a indicação ainda é controversa. Mesmo as transferências ósseas sendo consideradas ideais, o risco de complicação ainda é alto, variando de 16 a 30% segundo a literatura.

As mais frequentes são relacionadas ao posicionamento do enxerto e dos parafusos. Já o reparo isolado de Bankart (preferido nos casos sem perda óssea) aumenta em 2 vezes o risco de nova luxação.

Uma alternativa para estes casos que geram dúvidas, a estabilização anterior dinâmica é uma técnica relativamente nova que se utiliza de um mecanismo triplo de estabilização como o procedimento de latarjet, porém sem a transferência óssea. Esta técnica, que envolve somente tecidos moles, é exclusivamente artroscopia para a realização, o cabo longo do bíceps é utilizado para promover o efeito sling, estabilização dinâmica através da transposição subescapular com uma



Anatomia normal do ombro
Cirurgia de Latarjet
Estabilização dinâmica com bíceps
Dynamic Anterior Stabilization Using the Long Head of the Biceps for Anteroinferior Glenohumeral Instability
Philippe Collin, M.D.
Alexandre Lädermann, M.D.
Published: December 18, 2017 Arthroscopy Technics

plastia simultânea do labrum anterior e suspensão dos ligamentos. Portanto, em pacientes com perda óssea mínima da glenóide, esta técnica tem vantagens sobre o latarjet artroscópico, criando o mecanismo triplo de estabilização (efeito bumper, retensionamento ligamentar e labial e efeito sling) com menor risco de complicações.

Existem algumas técnicas para a realização deste procedimento e o tendão do bíceps pode ser fixado através de túnel ósseo ou fixação com âncoras.

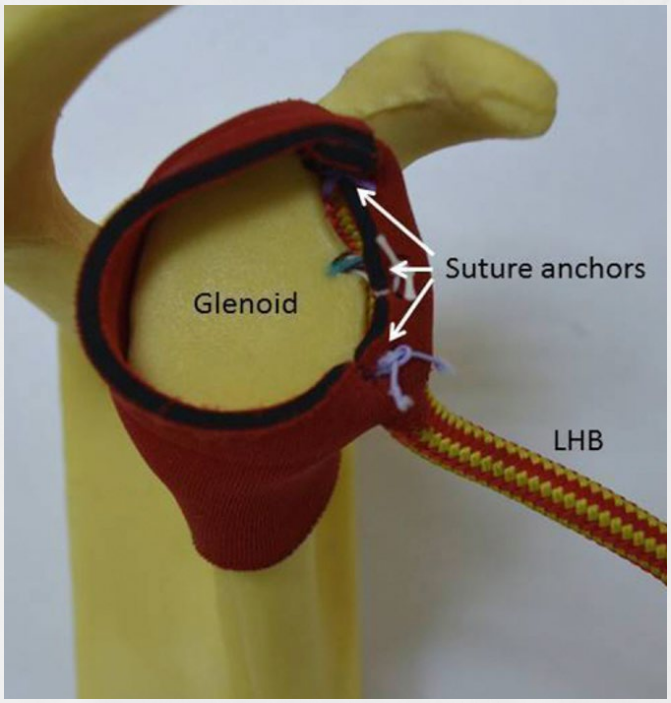
Collin et al em 2017 e Garcia et al em 2019 (grupo NAEON) descrevem a técnica com a utilização de parafusos de interferência e túnel ósseo (fixação inlay). Milenin et al em 2019 e Azevedo em 2023 utilizam âncoras para a fixação do tendão do bíceps sobre a cortical anterior da glenóide (fixação onlay).

Na descrição da técnica, todos os autores fazem os procedimentos com o paciente em cadeira de praia sob anestesia geral. Portais convencionais são realizados sendo basicamente o posterior, anterior e ântero lateral.

Com a introdução do videoartroscópio é realizado o inventário articular, avaliado a presença ou não da lesão de hill sachs e se existe a presença de "engagement". Na presença de uma lesão significativa pode ser programado o remplissage no mesmo procedimento.

A cabeça longa do bíceps é identificada e então é realizado a liberação do ligamento transverso e consequentemente a mobilização do tendão para fora do sulco bicipital.

Nos casos de utilização do parafuso de interferência, o tendão do bíceps é externado e realizado a sutura do tipo Krakow (Collin e Garcia). Através do Split no subescapular um fio guia é posicionado para a realização do túnel na borda anterior da glenóide e o parafuso de interferência é passado e assim fixado o tendão na glenóide. Já nos casos de fixação com âncoras (Milenin e Azevedo), é realizado o desbridamento anterior do lábio glenoidal e duas âncoras (com 2 fios de sutura) são colocados às 4 e 5hs na borda anterior da glenóide. Os fios



Cabeça longa do tendão do bíceps transferido através do subescapular e fixado com 3 âncoras paralelamente a glenóide.

Arthrosc Tech. 2019 May; 8(5): e507–e512.

Published online 2019 Apr 26. doi: 10.1016/j.eats.2019.01.010

Labral Repair Augmentation by Labroplasty and Simultaneous Trans-Subscapular Transposition of the Long Head of the Biceps

Oleg Milenin, M.D.a, * and Bruno Toussaint, M.D.b

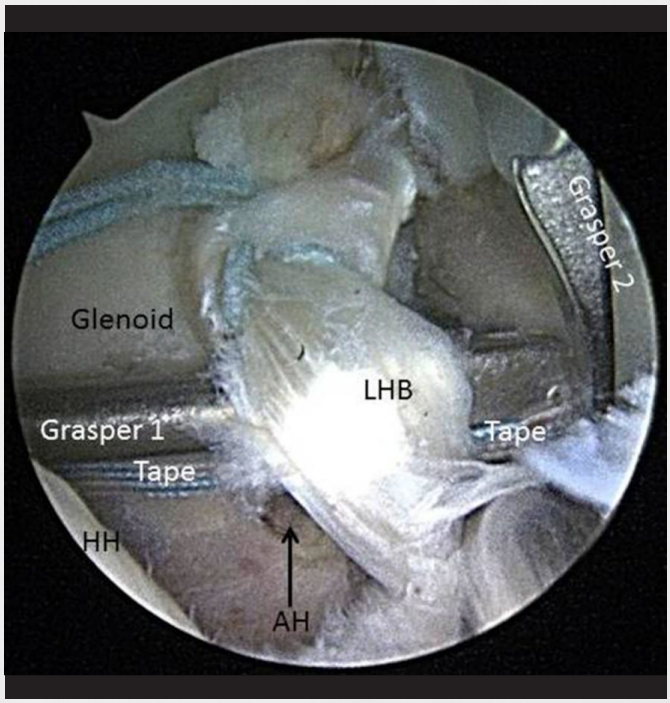
de sutura são passados através do Split do subescapular e posteriormente pelo bíceps . Uma sutura do tipo duplo pulley é realizada no bíceps e então feito a tenotomia.

Os fios remanescentes sobre tendão são tensionados e o mesmo é suturado na borda anterior da glenóide passando pelo split do subescapular.

Após a fixação do bíceps uma terceira âncora é posicionada e assim o lábio glenoidal e a cápsula articular são suturados e reinseridos (ambas as técnicas).

O pós-operatório é realizado com tipoia simples por 3 a 4 semanas quando são iniciados os movimentos passivos de 0 a noventa graus e de rotação interna e externa de zero a neutro. Após seis semanas exercícios são aumentados e a rotação externa em abdução é evitado até 3 meses.

No estudo de Collin não é reportado complicações do cabo longo do bíceps. Todos os estudos mostram que a estabilização dinâmica é um procedimento seguro porque tem baixa recorrência em pacientes sem hiperlascidão e com perda óssea menor de 20%. Não mostrou complicações neurológicas e não teve evidência de discinesia escapular. Ainda é uma técnica com poucos casos avaliados e precisa ser mais estudada ▪



Fixação do tendão da cabeça longa do bíceps com uma âncora knotless e passagem de tapes para fixação do lábio e tendão conjuntamente.

Arthrosc Tech. 2019 May; 8(5): e507–e512.

Published online 2019 Apr 26. doi: 10.1016/j.eats.2019.01.010

Labral Repair Augmentation by Labroplasty and Simultaneous Trans-Subscapular Transposition of the Long Head of the Biceps

Oleg Milenin, M.D.a, * and Bruno Toussaint, M.D.b

BIBLIOGRAFIA

1) Collin P. Lädermann A. Dynamic anterior stabilization using the long head of the biceps for anteroinferior glenohumeral instability. Arthrosc Tech. 2018; 7: e39-e44.

2) Garcia Jr., J.C. Belchior R.J. Mello M.B.D. Cardoso Jr., A.M. The long head of the biceps Bristow--Bankart procedure for anterior shoulder instability. Arthrosc Tech. 2019; 8: e1185-e1191.

3) Milenin O. Toussaint B. Labral Repair Augmentation by Labroplasty and Simultaneous Trans--Subscapular Transposition of the Long Head of the Biceps Arthrosc Sports Med Rehabil. Arthrosc Tech. 2019 May; 8(5): e507–e512.

4) Azevedo C de C., Angelo AC. Onlay Dynamic Anterior Stabilization With Biceps Transfer for the Treatment of Anterior Glenohumeral Instability Produces Good Clinical Outcomes and Successful Healing at a Minimum 1 Year of Follow-Up. Clara de Campos Azevedo 1 2, Ana Catarina Ângelo

NÃO EXISTE MAL-ENTENDIDO: DICAS DE COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

ENTREVISTA COM A COMUNICÓLOGA KARINA MAIA

FICHA TÉCNICA: ESCRITORA, JORNALISTA, PUBLICITÁRIA, EMPREENDEDORA, PROFISSIONAL DE MARKETING E TRAINER EM COMUNICAÇÃO E PERSUASÃO.

DR. REGIS ALBERTINI

Para esta edição do Jornal da SBCOC, resolvi entrevistar a profissional de comunicação Karina Maia e, apesar de imaginar que sabia boa parte do que ela nos revelaria, devo dizer que me surpreendi com a simplicidade do que podemos fazer, das consequências de não exercer uma comunicação minimamente persuasiva com o paciente e das vantagens tangíveis e intangíveis de colocar tudo em prática. Relaxe na sua poltrona, solte o celular e aproveite cada palavra das dicas que essa entrevista nos trará a seguir.

REGIS: Vou começar por algo que ouço muito falar, mas não sei se é uma verdade absoluta. Médicos tendem a se comunicar mal? É fato ou percepção?

KARINA: (risos) Não posso afirmar por estimativas as quais não possuo. Posso endossar o coro da percepção com ressalvas. Creio que haja uma falha raiz já na formação do profissional médico com relação à comunicação. Pouco é passado sobre o valor e o peso do que ele tem na mão no exercício da profissão. Atendimento ao público é uma das maneiras mais intensas e estressantes de comunicação. Ao atender um paciente, o profissional não está falando somente com o corpo dele, o médico precisa se fazer entender e contar com a boa compreensão dele no processo de cura em qualquer tratamento. Então o médico não tem o DNA da comunicação ruim, de jeito nenhum. Talvez falte a consciência da tamanha exposição em que esse profissional é colocado e do quanto a comunicação poderá evitar problemas, inclusive judiciais no futuro.

REGIS: Que tipo de problemas?

KARINA: A mente humana não permite vazio. Quando não entra informação, entra a imaginação. É mais comum do que se pensa o fato de pacientes com internação hospitalar ou seus familiares demonstrem insatisfação e preocupação com o bem-estar da pessoa acamada, mesmo quando tudo está sendo feito para atendê-lo no âmbito da saúde nos bastidores. Por que isso acontece? Por que apesar da medicação dada corretamente, da visita médica feita diariamente, há a queixa? Só posso focar minha atenção na famosa "falha de comunicação". Aqui vai a primeira dica: Imagine que a comunicação entre médico e paciente é um jogo de tabuleiro. Imaginou? Agora avance 3 casas toda vez que for falar com ele. Ou seja, passou de manhã para vê-lo? Agora informe 3 etapas a seguir e com isso elimine a ansiedade de todos os envolvidos no processo. Exemplo: você é cirurgião e visitou à noite o paciente que irá operar na manhã seguinte. Então poderá dizer algo como: - amanhã vejo você já dentro do centro cirúrgico (1), depois da cirurgia eu ligo para o quarto, quem estará aqui para falar comigo? (2), depois do almoço volto a vê-lo, talvez à noite (03). Pronto! Eliminamos a ansiedade, o efeito surpresa (não sabia que não veria o doutor antes/depois da cirurgia), os comentários desnecessários de terceiros e, principalmente, preenchemos o campo fértil da imaginação com informação. E sempre que puder, opte pela presença física na comunicação médico-paciente. Esteja diante dele.

REGIS: Você concorda com a afirmação de que quando duas pessoas conversam a responsabilidade do entendimento da mensagem é de quem fala e não de quem escuta?

KARINA: Não acredito em mal-entendido. Acredito em malfalado.

REGIS: Não é muita responsabilidade para o orador?

KARINA: Quando falamos com alguém assumimos o risco de não controlar a mente do outro, ou seja, não está no meu controle o que o outro pensa, mas por outro lado está no meu controle a maneira como a mensagem chega. E se eu tenho consciência de que as emoções humanas seguem um padrão que independe de gênero, cultura ou classe social eu posso controlar boa parte da comunicação falando corretamente. Vamos a um exemplo prático. Um paciente estudado, terá mais facilidade em compreender uma informação técnica sobre o tratamento que estou sugerindo para ele. Já um paciente com pouco estudo terá mais dificuldade, porém ambos têm a mesma plataforma emocional onde habita a decisão de confiar ou não em mim: o sistema límbico. Ou seja, para gerar confiança no paciente, eu terei de acessar esse setor com a minha fala.

REGIS: Mas como ter uma linguagem emocional e ao mesmo tempo técnica?

KARINA: Vamos lá! Na linguagem técnica opte sempre pelo uso de analogias. Se vou explicar como será feita uma cirurgia de desobstrução de uma artéria, por exemplo, posso buscar a analogia de uma estrada por onde passam os carros. A estrada é a veia, os carros são o sangue. Daí a estrada congestionou porque (outra analogia de algo interrompendo a pista). Então será preciso (analogia de algo que libere a pista). Isso vale para explicar a ação de um remédio ou revelar uma doença diagnosticada. Torne-se um especialista em analogias. Mas ainda falta um toque sinestésico, não é mesmo? Que tal relatar o que você mais gosta na sua profissão? Porque gosta tanto de fazer o que faz, como decidiu fazer o que faz e porque está feliz em contribuir com a melhora do seu paciente? Ninguém resiste a um discurso de marketing pessoal que conta a história de alguém em quem você deposita sua vida e saúde. Um discurso de marketing pessoal dura 2 minutos e você só precisa fazer uma única vez para que esse paciente confie, respeite e fale bem de você para todo mundo.

REGIS: Uma última dica?

KARINA: Invista no conhecimento da linguagem corporal. Ela diz mais do que as palavras, além de nunca mentir e sempre falar primeiro, gerando mais impacto também do que o discurso. Um médico que se levanta e vai até a recepção chamar o paciente, não precisa dizer “viu como sou atencioso e cuido de você?” - já está implícito no gesto, não é mesmo? Então entender que existem também micro gestos faciais receptivos ou não, além de posições dos braços e das mãos que podem passar mais autoridade ou desleixo por exemplo, pode ser decisivo para criar conexão e respeito imediatos com seu paciente. Vou citar alguns, mas de verdade peço que se dedique a esse conhecimento buscando cursos e livros que falem a respeito. Vá por águas mais profundas. Bem, uma dica é o sorriso. Sempre sorria ao receber e ao se despedir do paciente. Pacientes esperam ser tocados. É o que entendem por exame ou consulta. Então não fique só na conversa. Em algum momento toque e demonstre que está “investigando” ele. Jamais cruze os braços, ao ouvir ou falar, pois isso demonstra desconexão. Quando o paciente estiver falando, incline-se na direção dele e olhe nos olhos, isso demonstra interesse, reconhecimento e vontade de ouvir na essência também. Nada é mais poderoso do que ouvir com atenção, sem interromper a fala do outro. Os melhores comunicadores são os melhores ouvintes. E um médico comunicador tem um efeito hipnótico em qualquer paciente.

COMISSÕES SBCOC

Neste ano, novas Comissões foram montadas para suprir demandas e aumentar a participação dos associados na SBCOC. Abaixo um resumo das principais atividades de algumas dessas novas Comissões e das já tradicionais CET e CEC:

DR. FABIO MATSUMOTO E DR. GUILHERME SELLA

COMISSÃO JOVEM SBCOC

A Nova Comissão trabalhou na parceria institucional com a Comissão Jovem Ortopedista da SBOT. Os membros estão organizando a Temporada Jovem SBCOC, que discutirá temas como Mídia Social e Empreendedorismo, além de outros a definir. Ainda, será realizado um Programa de Fellowship Internacional de Ombro e Cotovelo, e durante o 8ª Closed Meeting no mês de agosto, o Curso de Ultrassonografia do Ombro e Cotovelo ocorrerá no Pré Congresso.

COMISSÃO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

A CEC organizou os dois primeiros webinares do ano com os temas "Trauma" e "Instabilidade do Ombro", o evento já é tradicional na programação online da SBCOC. Também está organizando uma grade científica de alta qualidade para o Closed Meeting e para o Dia da Especialidade no Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia (CBOT).

Nas próximas edições seguiremos com atualizações das atividades das Comissões conforme forem ocorrendo.

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

Nos primeiros meses de 2023, a CET se concentrou em organizar e confeccionar o 7° Exame para a Obtenção de Título da SBCOC (TECOC). "A Comissão já elaborou as questões da prova teórica e oral, e foram selecionados os materiais para a prova de habilidades, ressalta a coordenadora da Comissão, Isabel Pozzi. Além disso, foi realizada a visita técnica ao local do exame em Brasília e todo o processo está estruturado para uma prova segura e tranquila.

COMISSÃO DE INCENTIVO À PESQUISA

A Comissão organizou o Projeto de Mentoria Científica entre os Serviços Credenciados, além de estimular a participação dos Serviços no Closed Meeting através do envio de relato de caso, vídeo de técnica ou tema Livre, onde também está organizando o Curso de Pesquisa Científica. No site da SBCOC, disponibilizará aulas online de Metodologia Científica.

COMISSÃO DE REGENERATIVA

A Comissão de Regenerativa, realizou a primeira Webinar no dia 28/06/23, tendo como palestrantes os Drs. Benno Ejnisman, Alberto Pochini e Marco Demange. Os membros também trabalham no projeto do Manual de Ortobiológicos, que abordará as melhores e mais atuais evidências sobre o tema, discutindo a legislação e regulamentação do assunto. No Pré-Congresso do 8º Closed Meeting, a Comissão de Regenerativa em parceria com a Comissão Jovem SBCOC, realizará o Curso de Ultrassonografia.

ESTUDO COMPARATIVO DE MÉDIO PRAZO ENTRE OS DESENHOS DE LATERALIZAÇÃO DA GLENÓIDE E DO ÚMERO PARA ARTROPLASTIA TOTAL REVERSA DO OMBRO: QUAL DESENHO DE LATERALIZAÇÃO É MELHOR?

MID-TERM COMPARATIVE STUDY BETWEEN THE GLENOID AND HUMERUS LATERALIZATION DESIGNS FOR REVERSE TOTAL SHOULDER ARTHROPLASTY: WHICH LATERALIZATION DESIGN IS BETTER?

LEE HH ET AL. BMC MUSCULOSKELETAL DISORDERS (2023) 24:290

DR. CARLOS ANDREOLI

▪ As complicações do design medializado convencional para artroplastia total reversa do ombro (RSA) são aumento do notching escapular,diminuição da rotação lateral e do envolvimento do músculo deltoide. Atualmente, o design de lateralização RSA, que evita o notching escapular e melhora a amplitude de movimento livre de impacto, é comumente utilizado. Especialmente, o design de lateralização do úmero foi mais comumente usado, e o design de lateralização da glenoide foi preferido para anormalidades da glenoide.

Nesse estudo, os resultados clínicos e radiológicos de médio prazo da RSA de lateralização da glenoide e do úmero em uma população foram comparados. Foram realizadas cirurgias em 124 ombros de 122 pacientes consecutivos (idade média de 73,8 ± 6,8 anos) que receberam RSA de lateralização da glenoide ou do úmero de maio de 2012 a março de 2019. Dividimos esses pacientes em dois grupos de acordo com a RSA usando design de lateralização da glenoide ou do úmero. Os resultados clínicos e radiológicos de 60 RSA de lateralização da glenóide (Grupo I, 60 pacientes) e 64 RSA de lateralização umeral (Grupo II, 62 pacientes) foram avaliados e comparados entre os dois grupos. Todos os pacientes foram acompanhados por uma média de 3 anos.

Os resultados clínicos e radiológicos dos dois grupos não diferiram significativamente, incluindo notching escapular (p = 0,134). No entanto, a lateralização do úmero RSA mostrou uma maior distância glenóide-tuberosidade (GT) (p = 0,000) e menor ângulo de distalização do ombro (DSA) (p = 0,035). A taxa de complicação também não diferiu significativamente. Porém, foi realizada cirurgia revisional para 2 solturas umerais no Grupo II.

Em nosso estudo, ambos os grupos não mostraram diferenças estatisticamente significativas nos resultados clínicos e radiológicos, especialmente o notching escapular entre dois desenhos de lateralização da glenoide e do úmero no acompanhamento de médio prazo (média de 3 anos). No entanto, o desenho de lateralização umeral mostrou maior distância GT e menos DSA. Projeto de lateralização do úmero da RSA poderia preservar o contorno normal do ombro devido a uma maior distância GT (mais lateralização) e fornecer menos tensão deltóide devido a menos DSA (menor distalização de COR).

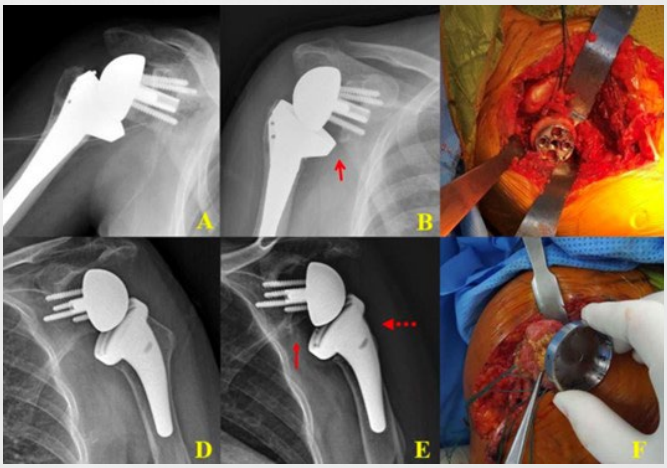


Imagem 1 - Comparação da lateralização da glenóide (offset ósseo aumentado) artroplastia total reversa do ombro) e RSA lateralizada do úmero (sem cimento, curva, haste curta). Os achados radiológicos mostram o enxerto ósseo inserido na glenoide no desenho de lateralização da glenoide (A). Uma radiografia de acompanhamento de 4 anos mostrando incisura escapular de grau 3 no colo da escápula (B). Foto intraoperatória mostrando que o autoenxerto estava bem aderido à placa de base do poste longo da glenoide e inserido na glenoide nativa (C). Achados radiológicos mostrando a inserção de haste curta e curva no desenho de lateralização do úmero (D). Uma radiografia de acompanhamento de 3 anos mostrando incisura escapular de grau 3 no colo da escápula (E). Foto intraoperatória mostrando que o autoenxerto ósseo com chip foi inserido no úmero proximal antes da inserção da haste para evitar o afrouxamento precoce da haste umeral (F).

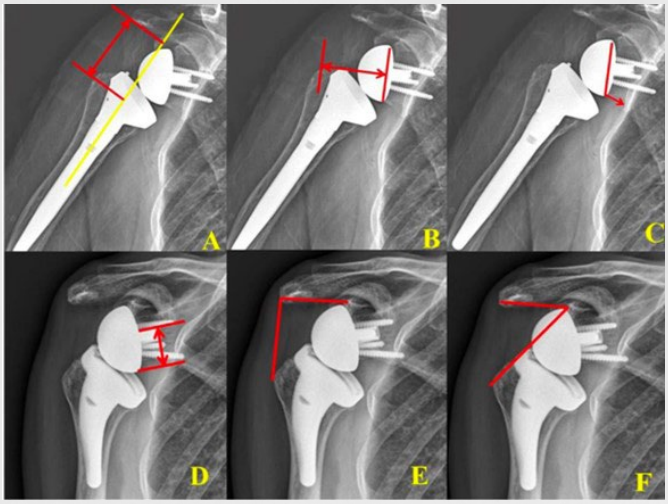


Imagem 2 - Na radiografia, avaliamos vários parâmetros radiológicos e os comparamos entre a artroplastia total reversa do ombro com lateralização do úmero e da glenoide. A distância acrômio-tuberosidade (AT), (B) distância glenóide--tuberosidade maior (GT), (C) ângulo prótese-colo escapular (PSNA) [20], (D) distância pino-borda glenóide (PGRD) [20] , (E) ângulo do ombro lateralizado, (F) ângulo do ombro de distalização (DSA) [21].

RESULTADOS CIRÚRGICOS E COMPLICAÇÕES APÓS RECONSTRUÇÃO DO TENDÃO DISTAL DO BÍCEPS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE

SURGICAL RESULTS AND COMPLICATIONS AFTER RECONSTRUCTION OF THE DISTAL BICEPS TENDON: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

LITOWSKI ML, PURNELL J, HILDEBRAND KA, BOIS AJ, SURGICAL OUTCOMES AND COMPLICATIONS FOLLOWING DISTAL BICEPS TENDON RECONSTRUCTION: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS., JSES INTERNATIONAL (2020) JSES INT. 2020 OCT 31;5(1):24-30

DR. MAURICIO SGARBI

▪ **A literatura e a prática clínica apontam que o tratamento não cirúrgico das lesões crônicas do bíceps distal estão associadas com dores, cãibras, perda de força muscular e insatisfação para atividades com maior demanda muscular. As técnicas cirúrgicas para reconstrução são baseadas em utilização de enxerto autólogo (ex: semitendíneo) ou homólogo (ex: tendão calcâneo). Na revisão sistemática apresentada (os autores concluíram ser a primeira sobre o tema), formas de enxertia e métodos de fixação do enxerto foram comparadas.**

Sobre os métodos, 24 estudos, englobando 157 cotovelos, encontraram os critérios de inclusão e exclusão, sendo que em 16 estudos foram utilizados o autoenxerto (semitendíneo, tensor da fáscia lata, palmar longo, plantar, extensor dos dedos do pé, quadriceps, lacertus fibrosus e tríceps) e em oito, o aloenxerto (tendão calcâneo, semitendíneo, grácil e tibial anterior). Doze utilizaram a fixação do enxerto no tendão/ ventre muscular por entrelaçamento, com técnicas similares ao Pulvertaft e 10 com fixação "onlay" com sobreposição do tendão em camadas. Um estudo utilizou as duas técnicas simultaneamente e um estudo, técnica "boca a boca". Do total, 22 estudos foram classificados como nível quatro de evidência

e dois como nível três. Nove casos selecionados foram relatos de um único caso (entre eles, uma artigo da Revista Brasileira de Ortopedia de Eijnsman B. et al).

Historicamente a literatura ortopédica sustenta que os autoenxertos, comparados com os aloenxertos seriam mais resistentes no que diz respeito à re-ruptura. Os dados encontrados nessa revisão não apontaram diferenças. De uma geral, a taxa de complicações foi duas vezes maior no grupo do autoenxerto (especialmente relacionadas aos sintomas locais da área doadora do enxerto).

A técnica cirúrgica em geral, encontrada cursou com a identificação do nervo cutâneo do antebraço, proteção do nervo interósseo posterior porém sem concordância sobre qual posição o cotovelo deve ser mantido durante a sutura do enxerto (grau de flexão).

As técnicas predominantes de fixação do enxerto encontradas na literatura foram tanto as de entrelaçamento ou as técnicas de cobertura ("onlay") e muito menos frequentes as técnicas de sutura "boca a boca". A comparação do arco de movimento, força muscular bem como resultados informados pelo próprio paciente com questionário de auto-avaliação e complicações demonstraram não haver diferença estatística quando comparada os grupos de diferentes enxertos ou os grupos de fixação. Pelo que reportado pelos autores, levando em consideração a similaridade de resultados, atualmente, a técnica de fixação deve ser escolhida em função da experiência do cirurgião.

Embora extremamente útil e importante para tomada de decisão frente às lesões crônicas do bíceps distal,a revisão teve muitas limitações, especialmente pouco número de casos por estudo, heterogenicidade no escore escolhido para avaliação, técnicas diferentes entre cirurgiões e informações imprecisas sobre arco de movimento pré e pós operatório nos artigos selecionados). ▪

BATENDO O MARTELO

UM NOVO OLHAR: LEGISLAÇÃO RESTRINGE O USO DAS TERAPIAS HORMONAIS

COMUNICAÇÃO SBCOC

▪ A Resolução CFM nº 2.333/2023 adota as normas éticas para a prescrição de terapias hormonais com esteroides androgênicos e anabolizantes de acordo com as evidências científicas disponíveis sobre os riscos e malefícios à saúde, contraindicando o uso com a finalidade estética, ganho de massa muscular e melhora do desempenho esportivo.

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução nº 2.333/23, publicada no Diário Oficial da União (DOU) fica vedada a prescrição médica de terapias hormonais com esteroides androgênicos e anabolizantes (EAA) com finalidade estética, para ganho de massa muscular e/ou melhora do desempenho esportivo, seja para atletas amadores ou profissionais, por inexistência de comprovação científica suficiente que sustente seu benefício e a segurança do paciente. Já em vigor, a norma destaca a inexistência de estudos clínicos randomizados de boa qualidade metodológica que demonstrem a magnitude dos riscos associados à terapia hormonal

androgênica em níveis acima dos fisiológicos, tanto em homens quanto em mulheres, além da ausência de comprovação científica de condição clínico-patológica na mulher decorrente de baixos níveis de testosterona ou androgênios.

> "O USO INDISCRIMINADO DE TERAPIAS HORMONAIS COM EAA, INCLUINDO A GESTRINONA, COM OBJETIVOS ESTÉTICOS OU PARA O GANHO DE DESEMPENHO ESPORTIVO, É HOJE UMA PREOCUPAÇÃO CRESCENTE NA MEDICINA E PARA A SAÚDE PÚBLICA, UMA VEZ QUE, DE ACORDO COM AS MAIS RECENTES EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS, NÃO EXISTEM BENEFÍCIOS NOTÓRIOS QUE JUSTIFIQUEM O AUMENTO EXPONENCIAL DO RISCO DE DANOS POSSIVELMENTE PERMANENTES AO CORPO HUMANO EM DIFERENTES ÓRGÃOS E SISTEMAS COM SUA UTILIZAÇÃO", ALERTA A RELATORA E CONSELHEIRA FEDERAL ANNELISE MENEGUSSO.

Riscos – O CFM também chama a atenção para os riscos potenciais do uso de doses inadequadas de hormônios e a possibilidade de efeitos colaterais danosos ainda que com o uso de doses terapêuticas, especialmente em casos de deficiência hormonal não diagnosticada apropriadamente, seguindo diretrizes e recomendações em vigor.

Dentre os inúmeros efeitos adversos possíveis, estão os cardiovasculares, incluindo hipertrofia cardíaca, hipertensão arterial sistêmica e infarto agudo do miocárdio, aterosclerose, estado de hipercoagulabilidade, aumento da trombogênese e vasoespasmo, doenças hepáticas como hepatite medicamentosa, insuficiência hepática aguda e carcinoma hepatocelular, transtornos mentais e de comportamento, incluindo depressão e dependência, além de distúrbios endócrinos como infertilidade, disfunção erétil e diminuição de libido.

A percepção do CFM é corroborada pelas Sociedades Brasileiras de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), Medicina do Esporte e do Exercício (SBMEE), Cardiologia (SBC), Urologia (SBU), Dermatologia (SBD), Geriatria e Gerontologia (SBGG) e pelas Federações Brasileiras de Gastroenterologia (FBG) e das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), que emitiram nota conjunta pedindo ao CFM a regulamentação do uso de esteroides anabolizantes e similares para fins estéticos e de performance.

Deficiência – A Resolução CFM nº 2.333/23 regulamenta que a prescrição médica de terapias hormonais está indicada em casos de deficiência específica comprovada, de acordo com a existência de nexo causal entre a deficiência e o quadro clínico, cuja reposição hormonal proporcione benefícios cientificamente comprovados, sendo "vedada ao médico a prescrição de medicamentos com indicação ainda não aceita pela comunidade científica". O uso de terapias hormonais com a finalidade de retardar, modular ou prevenir o envelhecimento permanece vedado pela Resolução CFM nº 1.999/2012.

Com esse entendimento, a prescrição de EAA é justificada para o tratamento de doenças como hipogonadismo, puberdade tardia, micropênis neonatal e caquexia, podendo ainda ser indicada na terapia hormonal cruzada em transgêneros e, a curto prazo, em mulheres com diagnóstico de Desejo Sexual Hipoativo.

O CFM também define que, no exercício da medicina, fica proibida a prescrição e divulgação de hormônios anunciados como "bioidênticos" em formulação "nano" ou com nomenclaturas de cunho comercial sem a devida comprovação científica de superioridade clínica para a finalidade prevista nesta resolução, assim como de Moduladores Seletivos do Receptor Androgênico (SARMS) para qualquer indicação. A vedação está de acordo com o entendimento atual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), expresso na Resolução nº 791/21.

Forma abusiva – O CFM ainda alerta que é crescente o número de pessoas utilizando tais medicações de forma ilícita e que, "concomitante ao uso de EAA, há um aumento da administração do hormônio do crescimento (GH) de forma abusiva por atletas, amadores e profissionais, como droga ergogênica, motivo pelo qual o GH encontra-se incluído na lista de substâncias anabolizantes (C5) da Anvisa, assim como no rol de drogas proibidas no esporte pela Agência Mundial Anti-Doping (WADA)".

Segundo ela, drogas ergogênicas tendem a melhorar o desempenho físico retardando a fadiga, impulsionando o ganho de massa muscular (propriedade anabolizante) e a quebra de gordura (propriedade lipolítica).

O texto aprovado pelo CFM determina ainda que ao médico permanece proibida a adoção experimental de qualquer tipo de terapêutica não liberada para uso no Brasil sem a devida autorização dos órgãos competentes e

sem o consentimento do paciente ou de seu responsável legal, que devem estar devidamente esclarecidos.

A restrição também se estende para a realização de cursos, eventos e publicidade com o objetivo de estimular o uso ou fazer apologia a possíveis benefícios de terapias androgênicas com finalidades estéticas, de ganho de massa muscular ou de melhora na performance esportiva. Esse item assume relevância diante da proliferação de atividades de extensão, educação continuada e pós-graduação sobre terapias hormonais cuja base é o treinamento de profissionais para prescrição de hormônios e outros tratamentos ainda sem comprovação científica.

CONSIDERAÇÕES DA RESOLUÇÃO 2.333/23

Para adotar as normas éticas para a prescrição de terapias hormonais com esteroides androgênicos e anabolizantes o CFM considerou o teor da Resolução CFM nº 1.999/2012, publicada no Diário Oficial da União, em 19 de outubro de 2012, que veda o uso de terapias hormonais com a finalidade de retardar, modular ou prevenir o envelhecimento; que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional; que ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão; a responsabilidade do médico quanto à segurança do paciente; que é vedado ao médico divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico; que as intervenções médicas devem ter por base as melhores evidências clínico-epidemiológicas disponíveis que indiquem efeito terapêutico benéfico que suplantem os potenciais efeitos adversos, preferencialmente através de estudos prospectivos e controlados; que é vedado ao médico usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso em nosso país, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem o consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis consequências; a existência de extensa literatura científica sobre terapias hormonais e pareceres de sociedades científicas nacionais e internacionais sobre o tema, e apesar da medicina ser uma ciência dinâmica, ainda não é seguro indicar a hormonioterapia anabolizante para fins estéticos e esportivos; os riscos potenciais de doses inadequadas de hormônios, e que mesmo as doses terapêuticas podem desencadear efeitos colaterais danosos, principalmente nos casos em que a deficiência hormonal não foi diagnosticada apropriadamente conforme as diretrizes e recomendações em vigor; a inexistência de estudos clínicos randomizados de boa qualidade metodológica que demonstrem a magnitude dos riscos associados à terapia hormonal androgênica em níveis suprafisiológicos, tanto em homens quanto em mulheres; a ausência de comprovação científica da existência de uma condição clínico-patológica decorrentes de baixos níveis de testosterona ou androgênios na mulher; que se deve ter cautela com quaisquer informações diferentes daquelas fornecidas por estudos de relevância científica, pois determinados tratamentos podem ser danosos tanto do ponto de vista econômico como da saúde coletiva e individual; que o uso de terapias para melhoria do desempenho físico é vedado na prática esportiva segundo o Código de Conduta Ética do Comitê Olímpico Brasileiro; que é dever do médico empreender ações preventivas e que se reconhecem como prevenção quaternária as ações que detectam indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis; que é vedada ao médico a prescrição de medicamentos com indicação ainda não aceita pela comunidade científica; a proliferação de cursos de extensão, educação continuada e pós-graduação sobre terapias hormonais voltadas à estética e ganho de desempenho esportivo, ou com denominações diferentes, mas cuja base é do treinamento de profissionais, seja para a prescrição de hormônios e outros tratamentos ainda sem comprovação científica, com o suposto objetivo de obter ganho estético ou melhora da performance esportiva; que o ambiente virtual das mídias sociais propicia meio de difusão de terapias não comprovadas e potencialmente danosas; a crescente divulgação, entre a população, de novos métodos terapêuticos baseados no emprego de hormônios androgênicos ou outros tipos de suplementos sem evidências clínico-científicas que comprovem a sua segurança; a Resolução nº 791, de 22 de janeiro de 2021, da Anvisa, que proibiu a comercialização, a distribuição, a fabricação, a importação, a manipulação, a propaganda e o uso de Moduladores Seletivos do Receptor Androgênico (SARMS) no Brasil para fins estéticos e performance esportiva, além de determinar sua apreensão e inutilização;

CONFIRA OS PRÓXIMOS EVENTOS DO CALENDÁRIO DA SBCOC

DR. FLAVIO FRANÇA

8º CLOSED MEETING

17 A 19 DE AGOSTO
BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL

Durante o 8º Closed Meeting, no dia 17 de agosto, das 10 às 13h, a Comissão Jovem SBCOC promoverá o Curso de Ultrassonografia do Ombro e Cotovelo, e os participantes do evento poderão ter acesso as palestras!

O curso contará com os palestrantes Tulio Ravelli, presidente eleito da Comissão de Ultrassonografia Musculoesquelético da SBOT (2022 – 2024), e Monres José Gomes, atual presidente da Liga Brasileira de Ultrassonografia (LBUM).

As inscrições serão realizadas via e-mail, os interessados podem acessar **aqui**

ATENÇÃO, POIS AS VAGAS SÃO LIMITADAS!

15TH ICSES INTERNATIONAL CONGRESS ON SHOULDER AND ELBOW SURGERY

5 A 8 DE SETEMBRO
ROMA, ITÁLIA

O 15º Congresso do ICSES será realizado entre 5 e 8 de setembro, em Roma, no Rome Cavalieri Waldorf Astoria Hotel.

Especialistas mundiais na área de cirurgia de ombro e cotovelo compartilharão suas pesquisas, conhecimentos e experiências e o evento será uma oportunidade para troca de conhecimento e companheirismo entre especialistas de todo o mundo.

A programação científica incluirá cursos instrucionais, palestras, cirurgias ao vivo, debates e mesas redondas sobre temas de grande interesse e polêmica da atualidade.

SAIBA MAIS, CLIQUE **AQUI**

FIQUE ATENTO AOS PRÓXIMOS CURSOS ITINERANTES DA SBCOC!

18ª edição
21 e 22 de julho
Fortaleza – CE

19ª edição
22 e 23 de setembro
Belém – PA

20ª edição
6 e 7 de outubro
Manaus – AM

21ª edição
20 e 21 de outubro
Botucatu – SP

22ª edição
27 e 28 de outubro
Uberlândia – MG

PARA MAIS INFORMAÇÕES, FIQUE ATENTO AO SITE E REDES SOCIAIS DA SBCOC, ACESSE WWW.SBCOC.ORG.BR

8°CLOSED MEETING

BRASÍLIA I DF I 2023

sbcoc.ombroecotovelo

FAÇA JÁ SUA INSCRIÇÃO!

17 A 19 . AGOSTO . 2023

sbcoc.ombroecotovelo

GARANTA SUA PARTICIPAÇÃO NO EVENTO: A PARTIR DE R$ 1.400,00 EM 2 PARCELAS (PACOTE COM 2 DIÁRIAS, CAFÉ DA MANHÃ, DUAS REFEIÇÕES + INSCRIÇÃO)

O VALOR TAMBÉM PODE SER PAGO À VISTA. PARA MAIS INFORMAÇÕES ENTRE EM CONTATO COM A LUNES TOUR VIAGENS E TURISMO : (11) 98268.0133 I 98582.5916

REALIZAÇÃO

SBCOC
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DE OMBRO E COTOVELO

ORGANIZAÇÃO

SARTORI EVENTOS

AGÊNCIA OFICIAL

LUNES TOUR VIAGENS E TURISMO