

HIGHLIGHTS AAOS 2016 - OMBRO

EDUARDO ANTÔNIO DE FIGUEIREDO
PAULO SANTORO BELANGERO
CARINA COHEN
ALBERTO DE CASTRO POCHINI
CARLOS VICENTE ANDREOLI
BENNO EJNISMAN
CENTRO DE TRAUMATOLOGIA DO ESPORTE (CETE/UNIFESP)

O congresso da *American Academy of Orthopaedic Surgeons* (AAOS), realizado em 2016 na cidade de Orlando contou com a apresentação de mais de 900 trabalhos científicos e mais de 575 pôsteres. A *American Shoulder and Elbow Surgeons* (ASES) dedicou-se em seu dia da especialidade à apresentação dos trabalhos selecionados para concorrer ao prêmio Charles S. Neer. Seguem resumos dos principais trabalhos que concorreram ao prêmio.

DESFECHOS CLÍNICOS E RADIOGRÁFICOS DA UTILIZAÇÃO DE ENXERTO ALÓGENO DE TÍBIA DISTAL NA INSTABILIDADE GLENOUMERAL ANTERIOR COM DEFEITOS ÓSSEOS NA GLENÓIDE

Rachel M. Frank, MD, Petar Golijanin, BS, Brian J. Cole, MD, MBA, Nikhil N. Verma, MD, Anthony A. Romeo, MD, Matthew T. Provencher, MD

Department of Orthopaedic Surgery, Rush University Medical Center, Chicago, Illinois, USA
Department of Orthopaedics, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts, USA

Esse estudo teve como objetivo avaliar os desfechos clínicos e radiográficos de pacientes portadores de instabilidade anterior traumática do ombro que foram submetidos ao tratamento cirúrgico por meio de aloenxerto de tíbia distal.

Os autores utilizaram no estudo pacientes com mínimo de 15% de perda óssea na glenoide. Realizaram a avaliação clínica por meio de ASES, SANE e WOSI após dois anos de seguimento. Após seis meses do pós-operatório foi realizado o exame de tomografia com o intuito de avaliar a:

- 1) Consolidação óssea do enxerto
- 2) Angulação do enxerto em relação à glenoide (ângulo do enxerto)
- 3) Quantidade de reabsorção do enxerto

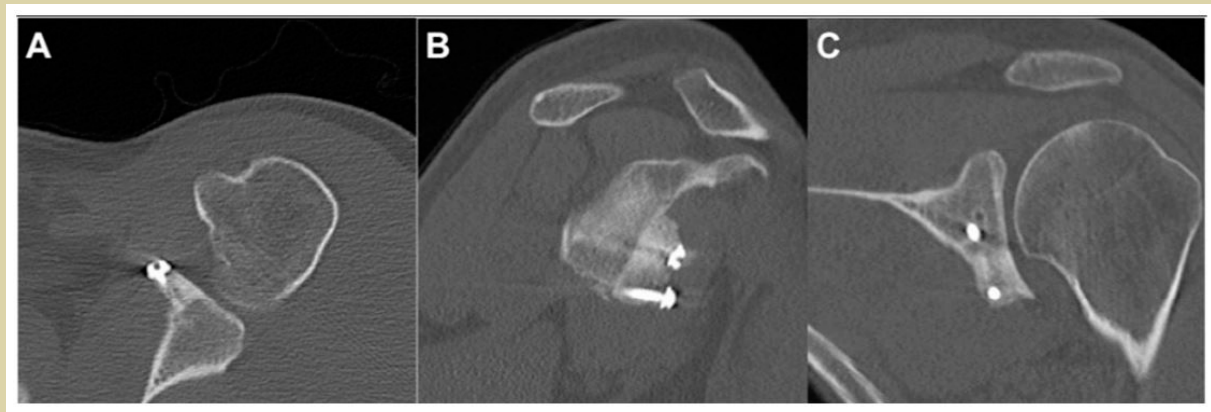


FIGURA 1: Exame de tomografia computadorizada em cortes axial, sagital e coronal, demonstrando excelente incorporação do enxerto autólogo de tíbia distal, demonstrando mínima reabsorção após dois anos de seguimento cirúrgico.

O estudo obteve como resultados, em 27 pacientes (31 ± 5 anos), com seguimento de 45 meses (30-66 meses) uma melhora funcional em todas as escalas funcionais analisadas, tais como:

- ASES (63 para 91, $P < 0.01$)
- SANE (50 para 90.5, $P < 0.01$)
- WOSI (46% para 11%, $P < 0.01$)

O exame de tomografia computadorizada foi realizado em 19 pacientes. Observaram a consolidação óssea em 85% dos pacientes. Já a angulação entre enxerto e glenoide: 14,9 graus (6.6-29.3). Foi encontrada a osteólise do enxerto em 3% dos pacientes avaliados. Um paciente evoluiu com infecção, sendo submetido à revisão cirúrgica por meio da retirada do enxerto e revisão utilizando o enxerto autólogo de tíbia distal. Os autores não observaram recidiva da instabilidade.

Dessa maneira, os autores concluíram, com seguimento próximo de quatro anos, que o enxerto ósseo fresco de tíbia distal - proporciona uma articulação estável, com excelente evolução funcional - e baixa taxa de reabsorção.

Referência:

Clinical and Radiographic Outcomes of Distal Tibia Allograft Reconstruction for Glenoid Bone Defects in Recurrent Anterior Shoulder Instability - Oral presentation - AAOS 2016.



O PROCEDIMENTO DE REMPLISSAGE EM LESÕES "OFF-TRACK" É NECESSÁRIO PARA RESTABELECEER A ESTABILIDADE BIOMECÂNICA GLENOUMERAL EM MODELO DE PERDA ÓSSEA BIPOLAR

Robert U. Hartzler, MD, MS, Christopher N.H. Bui, MD, Woong Kyo Jeong, MD, Masaki Akeda, MD, Alex Peterson, BA, Michelle McGarry, MS, Patrick J. Denard, MD, Stephen S. Burkhart, MD, Thay Q. Lee, PhD

Burkhart Research Institute for Orthopaedics, San Antonio, Texas, USA

Orthopaedic Biomechanics Laboratory, VA Long Beach Healthcare System and University of California, Irvine, Irvine, California, USA Southern Oregon Orthopedics, Medford, Oregon, USA

Os autores tiveram como objetivo validar o conceito do *glenoid track* em cadáveres com lesão óssea bipolar (hill sachs e glenoide) e avaliar quando as lesões *on-track* e *off-track* podem ser tratadas com o reparo de *bankart* isolado ou associado ao *remplissage*.

Em estudo biomecânico, oito cadáveres frescos foram avaliados em rotação externa passiva e a seguir com uma carga de translação (10-40N) em 60° e 90°. Foram inclusos: (Perda óssea na glenoide 15%)

- 15% *ON-TRACK*
- 30% *E OFF-TRACK*

Foi realizado o reparo de *bankart* e/ou associado ao procedimento de *remplissage*. A seguir, os autores avaliaram o *engagement*. A rigidez do reparo foi calculado de acordo com a força de deslocamento.

Como resultados, nas lesões *on-track*: Estabilidade foi estabelecida com reparo de *bankart* isolado. Já, nas lesões *off-track*, o *engagement* foi frequente, sendo necessário associar *remplissage*. A rigidez em ombros submetidos ao procedimento de *remplissage* foi maior do que com o ombro intacto e em relação reparo de *bankart* isolado. O reparo de *bankart* isolado em lesões *on-track* promoveu rigidez próxima ao ombro intacto. Com a associação do procedimento de *remplissage* em lesão "on track" observou-se o aumento da rigidez em abdução e rotação externa de 90°.

Os autores concluem que o conceito de *glenoid track* é apoiado por esse estudo biomecânico de dois tipos de lesões de Hill-Sachs com 15% de perda óssea na glenoide. Os autores recomendam o reparo isolado de *bankart* em lesões *on-track*, reparo de *bankart* associado ao *remplissage* para lesões *off-track*. O procedimento de *remplissage* em lesões *on-track* pode ser considerado para o aumento da estabilidade em pacientes de alto risco de recidiva.

Referência:

Remplissage of an Off-Track Hill-Sachs Lesion is Necessary to Restore Biomechanical Glenohumeral Joint Stability in a Bipolar Bone Loss Model - Oral presentation - AAOS 2016.

INICIAÇÃO DAS LESÕES DO MANGUITO ROTADOR: ESTUDO EM RESSONÂNCIA DE 245 OMBROS

Seung Gyoon Kang, MD, Seung Yeop Song, MD, Keun Min Park, MD, Jae Chul Yoo, MD
Department of Orthopaedic Surgery, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine, Seoul, Korea.



Estudos ultrassonográficos recentes sugerem que as lesões do manguito rotador iniciam-se próximas à junção do supra e infraespinhoso. Entretanto, é pouco comum presenciar pequenas lesões do MR na porção anterior do supraespinhoso em USG. Os autores do trabalho tiveram como objetivo determinar se o local de iniciação sugerido da lesão do manguito rotador pode ser reproduzido em RNM.

Em 245 pacientes com diagnóstico de lesão do manguito rotador (lesão parcial ou próxima à lesão total) foi mensurada a largura da lesão e a distância do tendão do bíceps à margem anterior da lesão em imagem sagital ponderada em T2. Todas as lesões foram analisadas e representadas de forma gráfica e foram determinados os locais mais comuns de lesão.

Os autores encontraram uma largura média de lesão de 5 mm. Nos histogramas, observou-se a localização mais comum da lesão entre 8mm e 12 mm posterior ao tendão do bíceps. As lesões parciais ou próximas de lesão total tiveram distribuições semelhantes, indicando que as lesões do manguito rotador, mais comumente, se iniciam 10 mm posterior ao tendão do bíceps. Os autores concluem que as lesões do manguito rotador, avaliadas por meio de RNM apresentam-se em localização mais anterior do que em USG. As lesões do MR podem se iniciar em uma região de 8mm a 12mm posterior ao tendão do bíceps.

Referência:

Initiation of Rotator Cuff Tears: MRI Study of 245 Shoulders - Oral presentation - AAOS 2016.

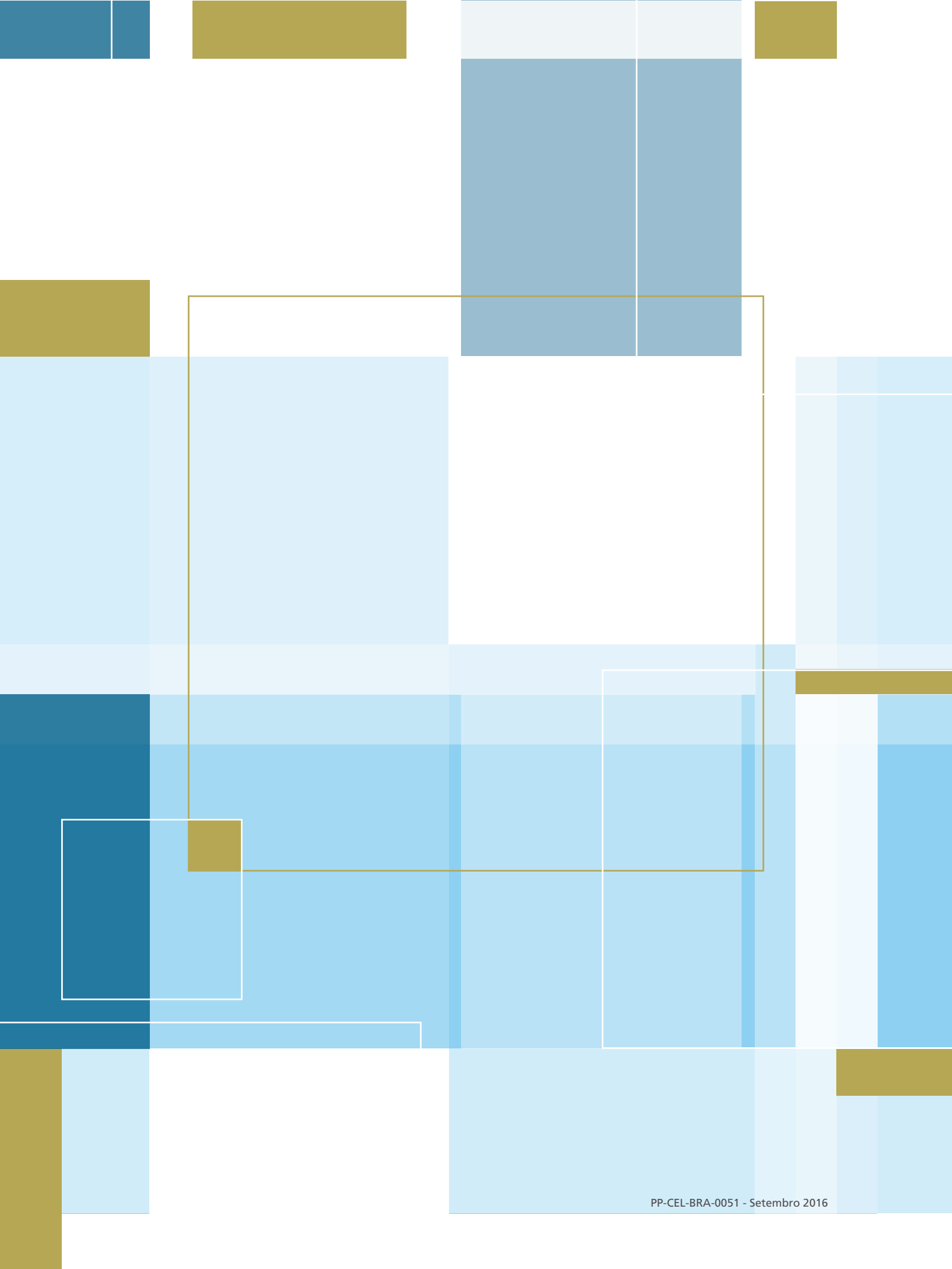
CABE DESTACAR TAMBÉM OS DOIS TRABALHOS NACIONAIS NA ÁREA DE OMBRO E COTOVELO APRESENTADOS NO CONGRESSO:

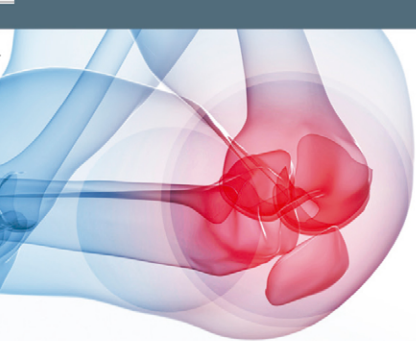
Randomized Trial on Proximal Humerus Fractures: Locking Plate or Intramedullary Nailing

Mauro E. Gracitelli, Eduardo A. Malavolta, Jorge H. Assunção, Arnaldo Ferreira, Paulo R. Reis, Jorge D. Silva, Kodi E. Kojima.
HC/FMUSP.

Surface Glenoid Area in Latarjet-Patte and Congruent Arc in Virtual Model

Bruno B. Gobbato - SC.





Feldene[®] SL

piroxicam

PRÁTICO, RÁPIDO E EFICAZ¹⁻³

● **Início de ação semelhante ao injetável**³

● **Perfil de tolerabilidade comparável ao do placebo**⁵

● **Piroxicam foi mais eficaz do que o naproxeno em diminuir a duração da rigidez matinal**⁶



Referências: 1. Zhang H, Zhang J, et al. Oral mucosal drug delivery: clinical pharmacokinetics and therapeutic applications. Clin Pharmacokinet. 2002;41(9):661-80. 2. Sugimoto M, Matsubara K, et al. The preparation of rapidly disintegrating tablets in the mouth. Pharm Dev Technol. 2001 Nov;6(4):487-93. 3. Altay B, Horasanli K, et al. Double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial of sublingual or intramuscular piroxicam in the treatment of renal colic. A comparative study. Urol Int. 2007;79(1):73-5. 4. <http://portal.anvisa.gov.br/wps/connect/fe73bd80469bfb4caf7aff2e64280806/Lista+A+18_12_2014.pdf?MOD=AJPERES> Acessado em 14/01/2015. 5. Melzack R, Et al: Piroxicam versus acetaminophen and placebo for the relief of postoperative dental pain. Current Therapeutic Research, 1985, 37:1134-4. 6. Fenton SF, Et al: A double-blind, crossover, multicenter study of piroxicam and naproxen in rheumatoid arthritis. Curr Ther Res 1988; 44:1058-1070.

Feldene[®] (piroxicam). Indicações: AR, osteoartrite, espondilite anquilosante, distúrbios musculoesqueléticos agudos, gota aguda, dor pós-operatória e pós-traumática e dismenorréia primária em maiores de 12 anos. **Contraindicações:** ulceração, sangramento ou perfuração gastrintestinais, úlcera péptica ativa, hemorragia gastrintestinal, hipersensibilidade ao piroxicam ou a outros componentes, sensibilidade cruzada com AAS e outros AINEs, tratamento da dor no peri-operatório de cirurgia para revascularização do miocárdio, insuficiências renal, hepática e cardíaca grave. **Advertências e precauções:** risco de eventos cardiovasculares trombóticos sérios, infarto do miocárdio e derrame, além de levar ao início de uma hipertensão ou piora. retenção de líquido e edema. reações adversas gastrintestinais sérias incluindo inflamação, sangramento, ulceração e perfuração do estômago, intestino delgado ou grosso. Usuários de AAS com história anterior ou ativa de doença gastrintestinal, insuficiência cardíaca congestiva, cirrose hepática, síndrome nefrótica e doença renal aparente. Descontinuar se rash cutâneo, lesão da mucosa ou outro sinal. Hipersensibilidade prévia ao AAS. Feldene[®] SL contém fenilalanina e açúcar. Feldene[®] solução intramuscular é de uso exclusivo em adultos **Gravidez e Lactação:** categoria C de risco de gravidez Feldene[®] não é recomendado durante a lactação e menores de 12 anos. **Reações adversas:** anemia aplástica e hemolítica, anafilaxia, "doença do soro", hiperglicemia, hipoglicemia, depressão, pesadelos, alucinações, insônia, confusão mental, alterações de humor, irritação, tontura, cefaléia, parestesia, sonolência, vertigem, disfunção auditiva, palpitações, vasculite, hipertensão, broncoespasmo, dispnéia, epistaxe, pancreatite, diminuição da fertilidade, angioedema, dermatite esfoliativa, urticária, síndrome nefrótica, glomerulonefrite, nefrite intersticial, insuficiência renal, anticorpos antinucleares positivos, aumento ou diminuição de peso, tinnitus, mal-estar, estomatite, anorexia, meningite asséptica, desconforto epigástrico, gastrite, náuseas, vômitos, constipação, desconforto abdominal, flatulência, diarreia, dor abdominal e indigestão, sangramento gastrintestinal, perfuração, úlcera, diminuição na hemoglobina e no hematócrito, anemia, trombocitopenia e púrpura não-trombocitopênica, leucopenia, eosinofilia, aumentos nas transaminases, icterícia, hepatite, rash cutâneo, prurido, onicólise e alopecia, glomerulonefrite, dermatite esfoliativa, eritema multiforme, fotossensibilidade, necrólise epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, reações vesículo-bolhosas, elevações reversíveis de nitrogênio da uréia e creatinina, edema ocular, visão turva e irritações oculares reações anorretais, como dor local, ardor, prurido e tenesmo, dor transitória no local da aplicação, sensação de queimação ou lesão tecidual **Interações:** AAS, anticoagulantes, anti-hipertensivos, cimetidina, colestiramina, corticosteróides, ciclosporina, ISRS, lítio, metotrexato, tacrolimo. **Posologia:** AR, osteoartrite e espondilite anquilosante: 20 mg 1 dia, 10 mg a 30 mg por dia após. Distúrbios músculo-esqueléticos agudos: 40 mg nos 2 dias 7 a 14 dias restantes, 20 mg. Dor pós-operatória: 20 mg ao dia, Gota aguda: 40 mg ao dia, 4 a 6 dias por 40 mg/dia, Dismenorreia primária: 40 mg, nos dois primeiros dias do período menstrual e, 20 mg/dia no 3º, 4º e 5º dias. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. MS – 1.0216.0013.** Para informações completas, consulte a bula do produto (FELCAP_10, FELCOS_11 FELINJ_09, FELINS_12 e FELSUP_10). Documentação científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica mediante solicitação. Laboratórios Pfizer Ltda., Rua Alexandre Dumas, 1860 – Chácara Santo Antônio, São Paulo – SP – CEP 04717-904. Tel.: 0800-7701575. www.pfizer.com.br.

CONTRAINDICAÇÃO: PACIENTE COM ÚLCERA PÉPTICA ATIVA OU HEMORRAGIA GASTRINTESTINAL. INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: USO CONCOMITANTE DE AAS OU ANTICOAGULANTES REQUEREM CUIDADOSA MONITORAÇÃO.

Material de distribuição exclusiva a profissionais habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos. Abril/2016. PP-CEL-BRA-0030



SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO

Laboratórios Pfizer Ltda.
Rua Alexandre Dumas, 1860 – São Paulo – SP – CEP 04717-904.
CNPJ: 46.070.868/0009-98 - Copyright Laboratórios Pfizer Ltda. 2016
Todos os direitos reservados.
www.pfizer.com.br

