

Tratamento artroscópico de osteocondromatose sinovial do tornozelo

Lourenço Galizia Heitzmann¹, Igel de Souza Aquino², Humberto Ferreira de Castro Filho², Mateus Cabral Rates Santiago², Matheus do Nascimento Castro², Guilherme Bottino Martins¹, Luiz Sérgio Martins Pimenta¹, Wellington Farias Molina³

RESUMO

A condromatose sinovial é uma doença rara, caracterizada pela metaplasia sinovial das articulações, que pode cursar com corpos livres intra-articulares acometendo, principalmente, quadril e joelho e, menos comumente, pequenas articulações como cotovelo e tornozelo. Esta patologia cursa inicialmente com uma sintomatologia inespecífica como dor e edema associado a bloqueio ou diminuição da mobilidade articular provocada pelos corpos livres evoluindo, em casos mais avançados, com erosão óssea subcondral. Descrevemos um relato de caso de osteocondromatose sinovial do tornozelo em um paciente jovem do sexo masculino que foi tratado cirurgicamente através de via artroscópica, com remoção de todos os corpos livres, associado à sinovectomia parcial.

Palavras-chave: condromatose sinovial; tornozelo; artroscopia.

SUMMARY

Synovial chondromatosis is a rare disease characterized by synovial metaplasia of the joints, in some cases producing intraarticular loose bodies, usually affecting large joints such as the hip and knee. Less commonly, can affect small joints such as the elbow and the ankle. It initially starts with nonspecific symptoms such as pain and edema, associated with blockage or decreased joint mobility in more advanced cases due to the subchondral bone erosion that can eventually be found. We described a case report of synovial osteochondromatosis of the ankle in a young male patient, treated surgically by arthroscopy with removal of all free loose bodies followed by partial synovectomy.

Keywords: synovial chondromatosis; ankle; arthroscopy.

INTRODUÇÃO

A condromatose sinovial é uma patologia que se desenvolve a partir da metaplasia cartilaginosa hiperplásica da membrana sinovial, macroscopicamente manifestando-se pela formação de nódulos cartilagosos pediculados na membrana sinovial, os quais podem ossificar, e tornarem-se corpos livres no espaço articular^(1,2). Esta patologia apresenta baixa incidência, com prevalência na

população masculina, entre a terceira e a quinta décadas de vida, atingindo especialmente grandes articulações como joelho e quadril; pequenas articulações como o cotovelo e o tornozelo são raramente acometidas⁽³⁾. Clinicamente os pacientes apresentam sintomatologia branda e inespecífica como dor articular e edema local, podendo evoluir com queixa de bloqueio ou limitação da amplitude de movimento (ADM) causada pelos corpos livres.

1. Médico Assistente do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE, São Paulo, SP, Brasil

2. Médico Residente do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE, São Paulo, SP, Brasil

3. Chefe do Grupo de Cirurgia do Pé e Tornozelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE, São Paulo, SP, Brasil

Autor Responsável: Lourenço Galizia Heitzmann / **E-mail:** lgheitzmann@gmail.com

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 30 anos, apresentava queixa de desconforto no tornozelo direito iniciada há cerca de oito meses, que piorava após deambulação e esforço físico; negava trauma prévio no local ou qualquer processo inflamatório crônico. Além disso, não apresentava comorbidades e seu antecedente familiar era irrelevante. Ao exame físico apresentava dor à palpação na face anterior do tornozelo direito, além de tumefações ao nível da articulação tíbio-társica e crepitação. Apresentava limitação da amplitude de movimento (ADM) do tornozelo, principalmente da dorsiflexão sem prejuízo significativo da flexão plantar (5 e 30 graus, respectivamente). A radiografia simples do tornozelo evidenciava corpos livres articulares calcificados anteriormente à articulação tíbio-társica (Figura 1). A ressonância magnética confirmou a presença de múltiplos corpos livres associados à sinovite, sem comprometimento condral. Foi optado pelo tratamento cirúrgico, por via artroscópica, realizada com o paciente em decúbito dorsal e com o membro inferior direito posicionado sobre uma perneira, seguido de garroteamento do membro na raiz da coxa. Dessa forma, o pé e o tornozelo ficam suspensos e livres, facilitando a manipulação.

Foram realizados respectivamente os portais de acesso antero-medial e anterolateral, o primeiro após identificação do tendão tibial anterior medialmente e o segundo após visualização do nervo fibular superficial lateralmente, com o auxílio de transiluminação (Figura 2). Foram identificados e removidos 4 corpos livres seguindo-se uma sinovectomia parcial (Figura 3).

No pós-operatório (Figura 4) imediato foi liberada carga parcial, sem qualquer tipo de imobilização permitindo mobilidade precoce. Após dois meses da cirurgia o paciente se manteve assintomático, sem sinais de recidiva.



Figura 1. Radiografia frente e perfil do tornozelo direito evidenciando corpos livres anteriormente à articulação tíbio-társica



Figura 2. Identificação do nervo fibular superficial com auxílio da transiluminação do artroscópio como parâmetro do acesso antero-lateral

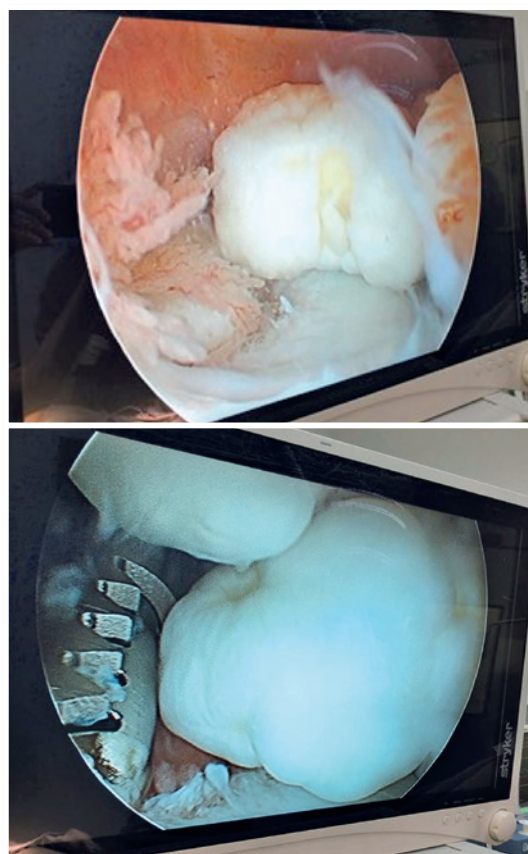


Figura 3. Imagens da artroscopia mostrando os corpos livres na articulação

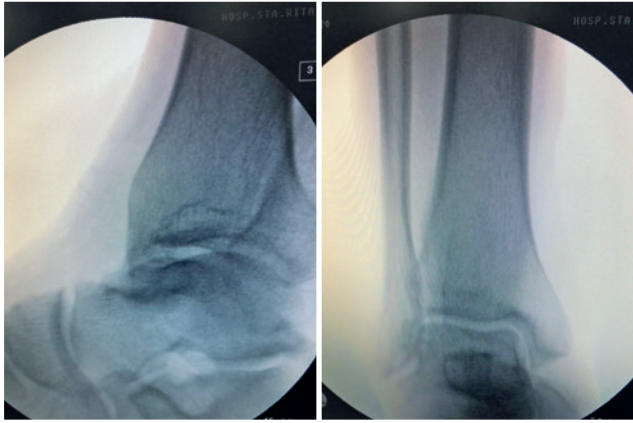


Figura 4. Imagens de radioscopia intraoperatória do tornozelo direito após remoção dos corpos livres da articulação

DISCUSSÃO

Por se tratar de uma condição cuja incidência é muito baixa, poucos são os estudos voltados para a doença, sendo que a maior parte dos casos encontrados na literatura se refere à descrição de eventos clínicos. Há maior número de relatos descrevendo o acometimento dessa patologia nas regiões do quadril e joelho, porém, raramente, do ombro, cotovelo e tornozelo. Nas regiões prevalentes, observa-se um curso lento e progressivo, ocorrendo alterações degenerativas nas articulações nos pacientes não tratados, tornando-se imperiosa a suspeição diagnóstica visando evitar a piora do prognóstico⁽⁴⁾.

Apesar da etiologia permanecer desconhecida, sabe-se que essa patologia resulta da metaplasia intrassinovial evoluindo, se-

gundo Milgram (1977), em três fases: (1) doença intrassinovial ativa com presença de massas cartilaginosas não calcificadas, sem presença de corpos livres; (2) proliferação sinovial ativa com nódulos intrassinoviais ativos e inativos, com corpos livres calcificados em até 50% dos casos; e (3) ausência de doença intrassinovial, com presença de múltiplos corpos livres calcificados.

O tratamento preconizado nos casos de osteocondromatose sinovial é cirúrgico, apesar de existir divergência na literatura entre remoção dos corpos livres isolada ou associação com sinovectomia parcial. Com o avanço das técnicas operatórias e melhora do instrumental cirúrgico, o tratamento artroscópico tem sido considerado padrão ouro no tratamento desta patologia por ser menos invasivo quando comparado à cirurgia aberta através de artrotomia, apresentando menor morbidade e proporcionando reabilitação precoce⁽⁵⁾.

REFERÊNCIAS

1. Milgram JW, Addison RG. Synovial osteochondromatosis of the knee: chondromatous recurrence with possible chondrosarcomatous degeneration. *J Bone Joint Surg Am.* 1976;58(2):264-8.
2. Lasmar NP, Vieira RB, Rosa JO, Lasmar RCP, Scarpa AC. Condromatose sinovial. *Rev Bras Ortop.* 2010;45(5):490-2.
3. Brasil Filho R, Filardi Filho CS, Menitti EL, Baptista MV, Daher SS. Condromatose sinovial: relato de um caso. *Rev Bras Ortop.* 1997;32(11):921-3
4. Peixoto D, Gomes M, Torres A, Miranda A. Tratamento artroscópico de condromatose sinovial do tornozelo. *Rev Bras Ortop.* 2018; 53(5):622-3
5. Aguiar T, Gonçalves S, Dantas P, Amaral L. Tratamento artroscópico da condromatose sinovial primária da anca. *Rev Port Ortop Traum.* 2014; 22(1):142-10.