

OSTEOCONDRITE DISSECANTE BILATERAL DE JOELHO EM JOGADOR DE BASQUETEBOL: RELATO DE CASO

BILATERAL OSTEOCHONDRITIS DISSECANS OF THE KNEE IN A BASKETBALL PLAYER: CASE REPORT

Jorge Sayum Filho¹, Emerson Garms¹, Jorge Sayum², Rogério Teixeira de Carvalho¹, Marcelo Mitsura Matsuda¹, Alexandre Nicolini¹, Benno Ejnisman¹, Moisés Cohen³

RESUMO

Os autores relatam um caso de osteocondrite dissecante em joelho bilateral de um jogador de basquetebol de 17 anos que foi diagnosticado e tratado conforme a literatura.

Descritores – Osteocondrite Dissecante; Joelho; Esportes; Basquetebol

ABSTRACT

The authors report a case of bilateral osteochondritis dissecans in a 17-year-old basketball player who was diagnosed and treated as shown in the literature.

Keywords – *Osteochondritis Dissecans; Knee; Sports; Basketball*

INTRODUÇÃO

Osteocondrite dissecante é uma condição rara, adquirida, que acomete o osso subcondral e se manifesta com um espectro patológico e possui etiologia desconhecida. Assim, apresentaremos um caso que acometeu um jogador de basquetebol.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, branco, 17 anos, praticante de basquetebol amador veio ao ambulatório de joelho do CETE (Centro de Traumatologia do Esporte) do DOT (Departamento de Ortopedia) da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) com queixa de dor em ambos os joelhos há mais ou menos um mês.

A dor começou insidiosa em ambos os joelhos, sem história de trauma, melhorava com anti-inflamatórios não esteroides e piorava após a prática de exercícios.

Ao exame físico, apresentava dor nos dois joelhos no

aspecto anterior dos mesmos, edema +/- e crepitação. Referia dor à palpação do côndilo medial e tinha sinal de Wilson positivo bilateral.

O paciente foi submetido à radiografias AP/P, *tunnel view* e no aspecto lateral do côndilo femoral medial bilateral foram constatadas duas lesões.

Foi solicitada RNM (ressonância nuclear magnética) bilateral que revelou um fragmento osteocondral de mais ou menos 2,5 x 2,0cm em ambos os joelhos (Figura 1).

Segundo classificação da RNM para osteocondrite, as lesões foram classificadas como estágio V.

O paciente foi submetido à cirurgia (artroscopia) bilateral. Na artroscopia foram visualizados os fragmentos, que foram cruentizados juntamente com seus respectivos leitos e fixados com dois parafusos de Herbert. A osteossíntese foi verificada com radioscopia intraoperatória.

Os dois joelhos foram submetidos à cirurgia no mesmo ato cirúrgico, sendo realizada primeiramente no esquerdo e, depois, no direito.

1 – Médico Assistente do Centro de Traumatologia do Esporte (CETE) do Departamento de Ortopedia e Traumatologia (DOT) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) São Paulo, SP, Brasil.

2 – Médico Chefe do Departamento de Ortopedia e Traumatologia do Hospital e Maternidade Assunção - São Bernardo do Campo – SP, Brasil e Médico Sócio da Sociedade Brasileira de Ortopedia (SBOT).

3 – Médico Chefe do Centro de Traumatologia do Esporte (CETE) do Departamento de Ortopedia e Traumatologia (DOT) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) São Paulo, SP, Brasil.

Trabalho realizado no Centro de Traumatologia do Esporte (CETE) do Departamento de Ortopedia e Traumatologia (DOT) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Correspondência Rua França Pinto, 186, ap. 61, Vila Mariana – 04016-001 – São Paulo, SP. E-mail: jorgesayumfilho@hotmail.com

Trabalho recebido para publicação: 06/10/2010, aceito para publicação: 23/12/2010

Os autores declaram inexistência de conflito de interesses na realização deste trabalho / *The authors declare that there was no conflict of interest in conducting this work*

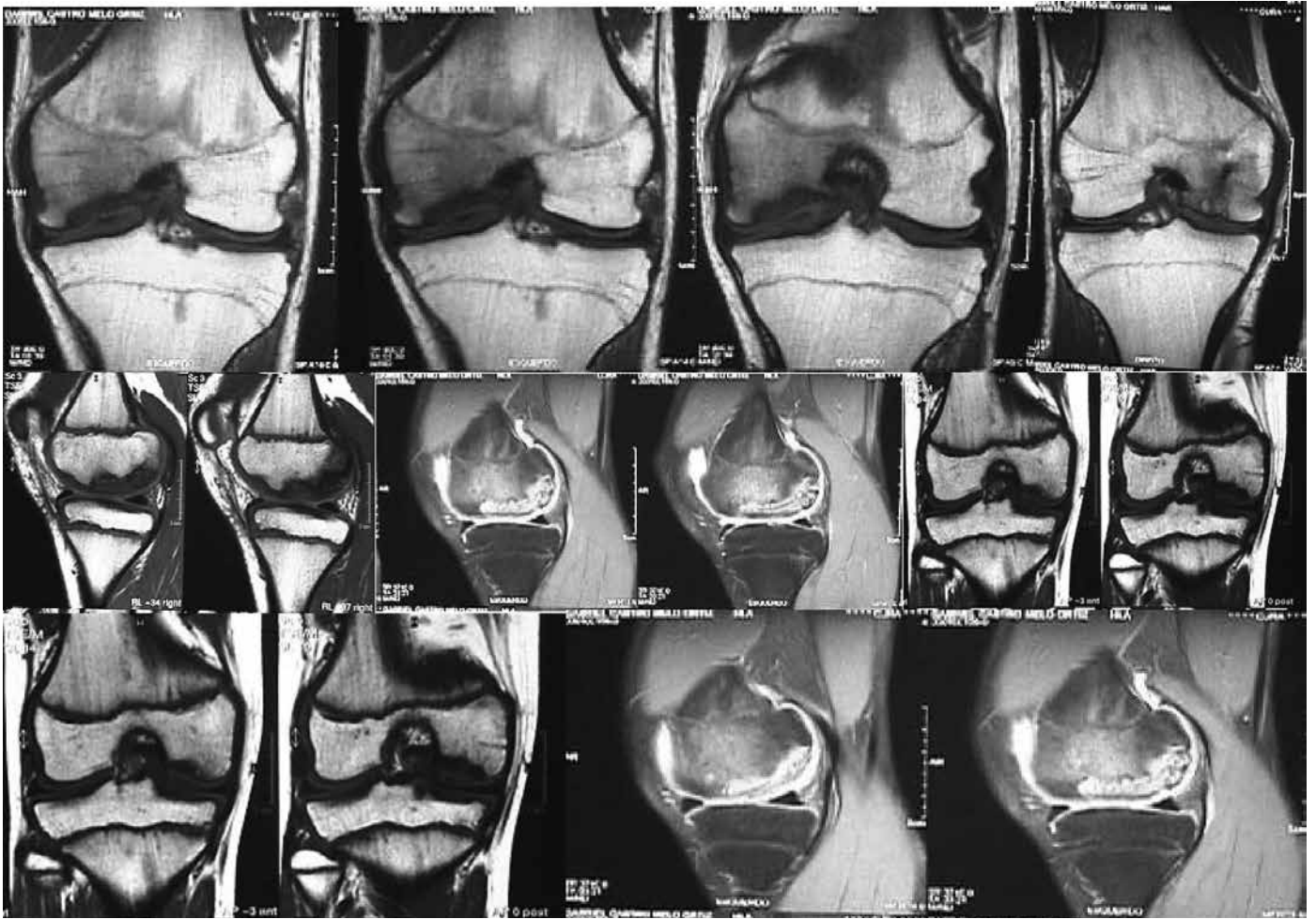


Figura 1 – R.N.M. pré-operatória.

O paciente teve alta hospitalar um dia após a cirurgia, ficou sem imobilização e com 14 dias os pontos foram retirados. Começou a fisioterapia no terceiro dia de pós-operatório (PO), mas ficou sem carga por seis semanas, quando começou a carga progressiva.

Com 16 semanas de PO começou a retornar ao esporte (Figura 2).

DISCUSSÃO

Osteocondrite dissecante é uma condição adquirida, que acomete o osso subcondral e se manifesta com um espectro patológico⁽¹⁾. Inicialmente, ocorre o amolecimento da cartilagem, que pode progredir para uma clivagem, separação parcial e eventualmente pode haver uma separação total osteocondral com formação de corpos livres⁽¹⁾.

A etiologia da osteocondrite dissecante (OCD) é desconhecida; entretanto, microtrauma repetitivo é frequentemente relacionado.

A OCD é subdividida em forma juvenil e forma adulta. É classificada baseada na localização anatômica,



Figura 2 – Radiografias pós-operatórias.

aparência cirúrgica, achados cintilográficos, dados de RNM e na idade. A forma juvenil tem um prognóstico melhor que a forma adulta^(2,3).

A apresentação clínica desta patologia não é específica. Como a maioria dos pacientes apresenta uma lesão estável, a dor no aspecto anterior do joelho relacionada com a atividade física é a principal queixa.

Os pacientes podem ou não reclamar de instabilidade e podem apresentar uma marcha antálgica⁽⁴⁾.

Com a palpação, geralmente existe uma área de dor mais intensa no aspecto lateral do côndilo femoral medial distal.

O sinal de Wilson pode ou não estar presente. Geralmente, o paciente apresenta edema e crepitação no joelho⁽⁵⁾.

Os estudos por imagem têm como meta caracterizar a lesão, monitorar a sua cicatrização e determinar o prognóstico do tratamento conservador⁽⁶⁾.

Em relação ao estudo radiográfico, a posição em *tunnel view* tem uma importância particular por causa da lesão típica da OCD ser localizada na porção lateral

do côndilo femoral medial distal.

A RNM é útil na determinação do tamanho da lesão, do *status* da cartilagem e na viabilidade do osso subcondral. A cintilografia pode nos dar informação sobre a capacidade biológica da lesão cicatrizar.

Em relação ao tratamento, devemos lembrar que o conservador é o de escolha para pacientes esqueleticamente imaturos, sendo que o tratamento operatório deve ser considerado para pacientes com lesões instáveis ou naqueles casos em que o tratamento conservador não der certo⁽¹⁻⁴⁾.

O tratamento operatório compreende diversas técnicas, entre elas: *drilling* artroscópico, mosaicoplastia, artroplastia por abrasão, microfratura, enxertos osteocondrais, implantação autóloga de condrócitos e fixação dos fragmentos (com parafusos canulados de Herbert, fios de Kirschner, palitos ósseos, entre outros)⁽⁷⁾.

Por tudo isso, relatamos um caso de osteocondrite dissecante em atleta jogador de basquetebol que foi diagnosticado e tratado conforme a literatura⁽¹⁻⁴⁾.

REFERÊNCIAS

1. Ganley TJ, Flynn JM. Osteochondritis dissecans. In: Scott WN, editors. Surgery of the knee. 4th ed. New York: Churchill Livingstone; 2006. p. 1234-41.
2. Aglietti P, Buzzzi R, Bassi PB, Fioriti M. Arthroscopic drilling in juvenile osteochondritis dissecans of the medial femoral condyle. *Arthroscopy*. 1994;10(3):286-91.
3. Aichroth P. Osteochondritis dissecans of the knee. A clinical survey. *J Bone Joint Surg Br*. 1971;53(3):440-7.
4. Koch S, Kampen WU, Laprell H. Cartilage and bone morphology in osteochondritis dissecans. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 1997;5(1):42-5.
5. Mubarak SJ, Carroll NC. Familial osteochondritis dissecans of the knee. *Clin Orthop Relat Res*. 1979;(140):131-6.
6. Bohndorf K. Osteochondritis (osteochondrosis) dissecans: a review and new MRI classification. *Eur Radiol*. 1998;8(1):103-12.
7. Cahill BR. Osteochondritis Dissecans of the Knee: Treatment of Juvenile and Adult Forms. *J Am Acad Orthop Surg*. 1995;3(4):237-47.