



Relato de caso

Osteoma osteóide da clavícula distal[☆]



Bernardo Barcellos Terra^{*}, Leandro Marano Rodrigues, David Victoria Hoffmann Padua, Tannous Jorge Sassine, José Maria Cavatte e Anderson De Nadai

Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Vitória, ES, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 23 de novembro de 2015

Aceito em 29 de março de 2016

On-line em 5 de junho de 2016

Palavras-chave:

Clavícula

Osteoma osteóide

Ombro

Keywords:

Clavicle

Osteoid osteoma

Shoulder

R E S U M O

O osteoma osteóide é um tumor ósseo que corresponde a 10% dos tumores benignos. Foi descrito em 1935 por Jaffe, como um tumor que acomete a população adulta jovem, com predominância no sexo masculino. O objetivo do trabalho é apresentar um caso de diagnóstico tardio de uma paciente com osteoma osteóide da região da clavícula distal e relatar seu tratamento. Paciente de 44 anos, jogadora de vôlei não profissional, com dores na região anterior e superior da cintura escapular, mais especificamente na articulação acromioclavicular, as quais pioravam a noite e que era tratada havia nove meses como uma tendinite do manguito rotador e artrite da articulação acromioclavicular. Após confirmação diagnóstica, a paciente foi submetida ao tratamento cirúrgico aberto com ressecção da clavícula distal.

Atualmente a paciente encontra-se com dois anos de evolução sem dor local. Na avaliação radiográfica, a distância coracoclavicular encontra-se preservada e não há sinais de recidiva. Tumores ósseos da cintura escapular são raros e frequentemente são diagnosticados tardiamente. Deve-se ter um alto grau de suspeição para o diagnóstico de neoplasias da cintura escapular, a fim de evitar o diagnóstico tardio.

© 2016 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Osteoid osteoma of the distal clavicle

A B S T R A C T

The osteoid osteoma is a bone tumor that accounts for 10% of benign tumors. It was described in 1935 by Jaffe, as a tumor that affects the young adult population, with a predominance of males. This study aims to present a case of late diagnosis of a patient with osteoid osteoma of the distal clavicle region. Female patient, 44 years old, non-professional volleyball player, reported pain in the anterior and superior region of the shoulder girdle, specifically in the acromioclavicular joint, which worsened at night and had been treated for nine months as tendinitis of the rotator cuff and acromioclavicular joint arthritis. After confirming the diagnosis, the patient underwent open surgery with resection of the distal clavicle. At two years

[☆] Trabalho desenvolvido no Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, ES, Brasil.

^{*} Autor para correspondência.

E-mail: bernardomed@hotmail.com (B.B. Terra).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2016.03.008>

0102-3616/© 2016 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

of follow-up, the patient presents without local pain. In the radiographic evaluation, coracoclavicular distance is preserved and there are no signs of recurrence. Tumors of the shoulder girdle are rare and are often diagnosed late. A high degree of suspicion for the diagnosis of tumors of the shoulder girdle is needed in order to avoid late diagnosis.

© 2016 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

O osteoma osteóide é um tumor ósseo benigno que corresponde a 10% dos tumores benignos, sendo o terceiro tumor ósseo mais comum. Preferencialmente acomete a diáfise dos ossos longos, como tibia e fêmur. Foi descrito em 1935 e depois em 1953 por Jaffe, é um tumor que acomete a população adulta jovem, na segunda e terceira década de vida, com predominância no sexo masculino.¹⁻³

A apresentação clínica é um quadro álgico moderado a intenso predominantemente à noite e que normalmente é aliviado com o uso de salicilatos. A localização pode ser em qualquer região óssea, mas metade dos casos envolve o fêmur e a tibia.

Na região da escápula e clavícula são extremamente raros, com poucos relatos na literatura. Não encontramos casos descritos na extremidade distal da clavícula.

O objetivo do trabalho é apresentar um caso de diagnóstico tardio de uma paciente com osteoma osteóide da região da clavícula distal e relatar seu tratamento.

Relato do caso

Paciente de 44 anos, jogadora de vôlei não profissional, com dores na região anterior e superior da cintura escapular, mais especificamente na articulação acromioclavicular, as quais pioravam à noite e que era tratada havia nove meses como uma tendinite do manguito rotador e artrite da articulação acromioclavicular. As dores eram aliviadas parcialmente por salicilatos. A paciente negou história de traumas ou quedas.

No exame físico, não apresentava edemas, deformidades ou atrofias na região da cintura escapular. O arco de movimento passivo e ativo era normal, exceto pelo fato de a adução forçada ser dolorosa no extremo final do movimento.

Nas manobras semiológicas o teste de O'Brien era positivo, bem como a palpação da articulação acromioclavicular. Os demais testes para manguito rotador e instabilidade eram negativos.

A paciente foi submetida a exames complementares, através dos quais foi evidenciada a presença do osteoma osteóide, com suas características peculiares na extremidade distal da clavícula na articulação acromioclavicular (figs. 1-3).

A paciente foi submetida a ressecção aberta da extremidade distal da clavícula (aproximadamente 1,5 cm) de forma que não comprometesse a inserção dos ligamentos coracoclaviculares e e foi feita eletrocoagulação com radiofrequência devido ao sangramento ósseo (figs. 4 e 5). O material foi enviado para análise histopatológica e foi comprovado o diagnóstico de osteoma osteóide (anexo 1, em material adicional).

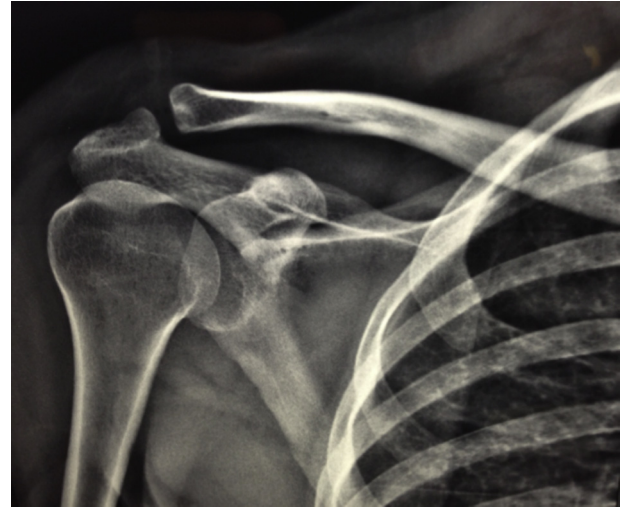


Figura 1 – Radiografia na incidência AP que mostra uma área de esclerose na região distal lateral da clavícula.

Em dois meses, a paciente evoluiu de uma EVA de 9 no pré-operatório para 1.

Atualmente encontra-se com 24 meses de evolução sem dor local. Na avaliação radiográfica a distância coracoclavicular encontra-se preservada e não há sinais de recidiva (fig. 6).

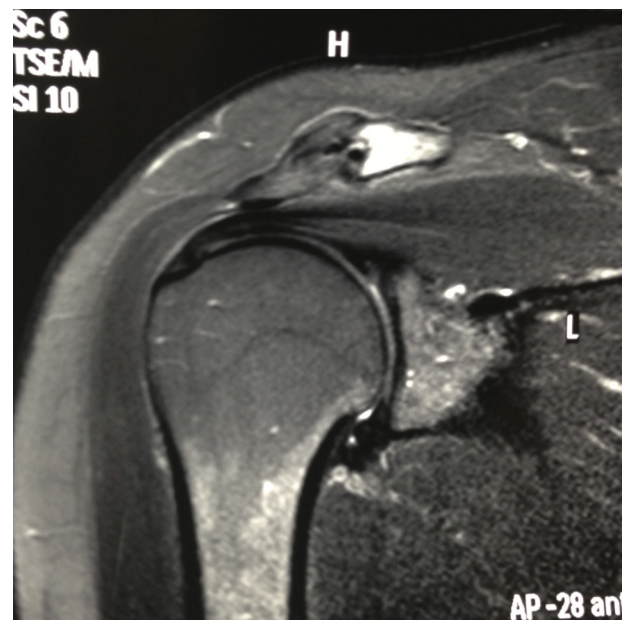


Figura 2 – Imagem de ressonância magnética corte coronal que mostrando a imagem do nicho juntamente com intenso edema na região distal lateral da clavícula.



Figura 3 – Imagem de ressonância magnética corte sagital que mostra a imagem do nicho juntamente com intenso edema na região distal lateral da clavícula.



Figura 4 – Fotografia da via de acesso superior sobre a clavícula com a articulação acromioclavicular aberta e a pinça Kelly curva que aponta para a região do osteoma osteóide.

Discussão

A clavícula é um osso de localização rara de tumores.⁴⁻⁶ Ortopedistas consequentemente têm pouca experiência no diagnóstico e manejo dos tumores e nas condições neoplásicas desse osso. As características oncológicas dos tumores da clavícula se assemelham às dos ossos chatos quando comparadas com as dos ossos longos. Os tumores da clavícula na sua maioria são malignos e muitas vezes o diagnóstico é tardio, devido ao baixo grau de suspeição dessa patologia.⁷

O osteoma osteóide representa 10% dos tumores benignos ósseos, é mais comum em homens e na segunda e terceira



Figura 5 – Fotografia que mostra a osteotomia da região distal lateral da clavícula.

década de vida.⁸ No cingulo superior o local mais comum de acometimento é o úmero proximal. Dentre os exames de imagem, na radiografia o nicho se apresenta como uma imagem radiolucida com uma calcificação central. As lesões no osso esponjoso normalmente se apresentam como uma pequena área de rarefação com uma área rodeada por esclerose. A tomografia computadorizada nos ajuda na localização do nicho. Na ressonância magnética o nicho se apresenta com um sinal de intensidade baixa na ponderação T1 e sinais de intensidade variável em T2. Apesar de a tomografia ser o exame de escolha, o edema que circunda o nicho e as alterações ósseas medulares são mais bem demonstradas com a ressonância magnética, conforme demonstrado no nosso caso.

Kapoor et al.² relataram uma série de casos 12 tumores na clavícula, sendo que o mais comum foi o sarcoma de Ewing, o tratamento variou de claviculectomia parcial a quimioterapia. Em sua série não relatou caso de osteoma osteóide, apesar do relato de um caso com tumor desmoide periosteal raro.

Apenas 1% de todos os tumores ósseos acomete a clavícula.⁹⁻¹¹ O local mais comum é a extremidade acromial, o que corrobora nosso relato de caso. Miyasaki et al.¹² relataram um caso de osteoma osteóide no acrômio que simulava dor na articulação acromioclavicular, o qual foi ressecado por via artroscópica associada a uma acromioplastia, o paciente apresentou uma completa recuperação do arco de movimento e sem sinais de recidiva com sete anos de seguimento. Degreef et al.¹¹ relataram também um caso do acrômio que foi ressecado pelo procedimento de Mumford artroscópico. Optamos pela ressecção aberta por se tratar de um tumor, mesmo que benigno, e pela facilidade de coleta de material para o exame histopatológico.

Glanzmann et al.¹³ relataram um caso de osteoma osteóide do coracóide que simulava capsulite adesiva e que também foi ressecado por via artroscópica e eletrocauterização através do intervalo dos rotadores.

A história natural do osteoma pode ser a resolução espontânea com o tempo, no entanto dor residual e sintomas persistentes são indicações de cirurgia. Múltiplas opções de



Figura 6 – Radiografia nas incidências AP e Perfil na qual se nota a excisão do fragmento distal da clavícula com o osteoma osteóide.

tratamento para esse tumor são disponíveis, tais como: terapia farmacológica, ablação percutânea por radiofrequência e procedimentos cirúrgicos que consistem na remoção completa do nidus, que pode ser conseguida por curetagem, ressecção em bloco e, mais recentemente, por via artroscópica, com bons resultados. Os tratamentos minimamente invasivos como termocoagulação por radiofrequência e core biópsia excisional percutânea são os de escolha em muitos centros e evitam as complicações da cirurgia aberta. As principais vantagens das técnicas percutâneas são o retorno mais rápido às atividades, menor morbidade e, nos casos de osteoma osteóide da coluna vertebral, a manutenção da estabilidade. No entanto, deve-se ficar atento com possíveis lesões térmicas às estruturas neurológicas e nos casos da biópsia excisional às remoções incompletas do nicho, o que poderia provocar uma recidiva dos sintomas e da lesão.^{4,14-17}

A fim de evitar um diagnóstico tardio, neoplasias da cintura escapular devem ser consideradas nos diagnósticos de dores refratárias da região do cingulo superior.

Conclusão

Descrevemos um caso raro de osteoma osteóide na extremidade distal da clavícula. Apesar da raridade, devemos sempre lembrar das neoplasias nos diagnósticos diferenciais das patologias do ombro.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Apêndice. Material adicional

Pode-se consultar o material adicional para este artigo na sua versão eletrônica disponível em [doi:10.1016/j.rbo.2016.03.008](https://doi.org/10.1016/j.rbo.2016.03.008).

REFERÊNCIAS

1. Jaffe HL. Osteoid-osteoma. *Proc R Soc Med.* 1953;46(12):1007-12.
2. Kapoor S, Tiwari A, Kapoor S. Primary tumours and tumorous lesions of clavicle. *Int Orthop.* 2008;32(6):829-34.
3. Moberg E. The natural course of osteoid osteoma. *J Bone Joint Surg Am.* 1951;33(1):166-70.
4. Reiman HM, Dahlin DC. Cartilage- and bone-forming tumors of the soft tissues. *Semin Diagn Pathol.* 1986;3(4):288-305.
5. Klein MH, Shankman S. Osteoid osteoma: radiologic and pathologic correlation. *Skeletal Radiol.* 1992;21(1):23-31.
6. Klein MJ, Lusskin R, Becker MH, Antopol SC. Osteoid osteoma of the clavicle. *Clin Orthop Relat Res.* 1979;(143):162-4.
7. Ogose A, Sim FH, O'Connor MI, Unni KK. Bone tumors of the coracoid process of the scapula. *Clin Orthop Relat Res.* 1999;(358):205-14.
8. Samilson RL, Morris JM, Thompson RW. Tumors of the scapula. A review of the literature and an analysis of 31 cases. *Clin Orthop Relat Res.* 1968;(58):105-15.
9. Ishikawa Y, Okada K, Miyakoshi N, Takahashi S, Shimada Y, Itoi E, et al. Osteoid osteoma of the scapula associated with synovitis of the shoulder. *J Shoulder Elbow Surg.* 2005;14(3):329-32.
10. Cohen MD, Harrington TM, Ginsburg WW. Osteoid osteoma: 95 cases and a review of the literature. *Semin Arthritis Rheum.* 1983;12(3):265-81.

11. Degreef I, Verduyck J, Debeer P, De Smet L. An unusual cause of shoulder pain: osteoid osteoma of the acromion – A case report. *J Shoulder Elbow Surg.* 2005;14(6):643–4.
12. Miyazaki AN, Fregoneze M, Santos PD, da Silva LA, do Val Sella G, Neto DL, et al. Osteoid osteoma of the acromion simulating acromioclavicular pain. *Rev Bras Ortop.* 2014;49(1):82–5.
13. Glanzmann MC, Hinterwimmer S, Woertler K, Imhoff AB. Osteoid osteoma of the coracoid masked as localized capsulitis of the shoulder. *J Shoulder Elbow Surg.* 2011;20(8):e4–7.
14. Woods ER, Martel W, Mandell SH, Crabbe JP. Reactive soft-tissue mass associated with osteoid osteoma: correlation of MR imaging features with pathologic findings. *Radiology.* 1993;186(1):221–5.
15. Shaffrey CI, Moskal JT, Shaffrey ME. Osteoid osteoma of the clavicle. *J Shoulder Elbow Surg.* 1997;6(4):396–9.
16. Bednar MS, Weiland AJ, Light TR. Osteoid osteoma of the upper extremity. *Hand Clin.* 1995;11(2):211–21.
17. Byers PD. Solitary benign osteoblastic lesions of bone. Osteoid osteoma and benign osteoblastoma. *Cancer.* 1968;22(1):43–57.