



RBO
REVISTA BRASILEIRA DE ORTOPEDIA

www.rbo.org.br



Relato de Caso

Osteocondrite dissecante em côndilo femural lateral bilateral nos joelhos[☆]

Ari Zekcer^a, Ricardo Soares da Silva^{a,*}, Renato Akira Iwashita^a e Mario Carneiro Filho^b

^a Setor de Cirurgia do Joelho, Clínica Ortopédica Tatuapé, Taubaté, SP, Brasil

^b Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 30 de setembro de 2012

Aceito em 15 de janeiro de 2013

Palavras-chave:

Osteocondrite dissecante

Joelho

Cartilagem articular

Keywords:

Osteochondritis dissecans

Knee

Cartilage articular

R E S U M O

A osteocondrite dissecante (OCD) é uma patologia de causa desconhecida, que classicamente acomete no joelho a borda lateral do côndilo femural medial. Apresentamos um raro caso de OCD no côndilo femural lateral bilateral.

© 2013 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Osteochondritis dissecans in bilateral lateral femoral condyle in knees

A B S T R A C T

The osteochondritis dissecans (OCD) is a disease of Unknown cause that classically affects the knee lateral border of the medial femoral condyle. We present a rare case of OCD in bilateral lateral femoral condyle.

© 2013 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, branca, 28 anos, enfermeira, sedentária, apresentava queixa de dor súbita no joelho esquerdo havia cerca de 20 dias, sem história de trauma, melhorava com anti-inflamatórios não esteroides e piorava após esforço físico. Relatava ainda quadro semelhante no joelho direito ocorrido havia três anos, porém naquele momento apresentava-se assintomática.

Ao exame físico, apresentava genu valgo bilateral com crepitação à flexo-extensão e dor à palpação ântero-lateral de ambos os joelhos, porém mais intensa no joelho esquerdo, esse ainda com derrame +/4+. A paciente foi submetida a radiografias em AP, perfil e tunnel view e a RNM (ressonância nuclear magnética) bilateral, que revelou fragmentos osteocondrais instáveis de 30 × 20 mm em côndilo femural lateral no joelho esquerdo e de 30 × 28 mm no joelho direito. Segundo classificação de Insall para RNM de osteocondrite,¹ as lesões

[☆] Trabalho realizado na Clínica Ortopédica Tatuapé, Taubaté, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: ricardoortop@hotmail.com (R.S. Silva).



Figura 1 – RNM pré-operatória do joelho esquerdo.



Figura 3 – RNM pós-operatória do joelho esquerdo.

foram classificadas como estágio V no lado esquerdo e estágio IV no direito (figs. 1 e 2).

Fizemos o tratamento cirúrgico inicialmente no joelho esquerdo. A paciente foi submetida a artroscopia com inspeção articular, na qual observamos lesão condral ao redor de 30 x 20 mm no côndilo femoral lateral do joelho esquerdo, com fragmento condral solto na articulação. O fragmento apresentava-se sem vitalidade, de caráter ebúrneo, e contraindicava sua fixação *in situ*. A seguir fizemos a artrotomia com exposição do côndilo lateral do fêmur. Optamos pela mosaicoplastia, com o uso de enxerto autólogo osteocondral com a retirada de três plugs osteocondrais da face lateral da tróclea do côndilo femoral lateral (zona doadora), com trefinas guia Artrex® de 8 mm (fig. 3) para o preenchimento da área lesionada (zona receptora). A paciente teve alta hospitalar um dia após a cirurgia sem imobilização, mas permaneceu por 45 dias com muletas, sem carga e com exercícios de arco de movimento passivo, e evoluiu satisfatoriamente sem dor ou limitações.

Após um ano da cirurgia no joelho esquerdo, a paciente iniciou queixas álgicas e de bloqueio articular no joelho direito. Foi então submetida ao tratamento cirúrgico com artroscopia, que visualizou a lesão no côndilo femoral lateral e a presença de um corpo livre intra-articular de cerca de 30 x 30 mm. Fizemos a artrotomia lateral com a retirada do fragmento solto e a mosaicoplastia no côndilo femoral lateral com três plugs osteocondrais retirados da zona doadora na face lateral da tróclea, similar ao procedimento feito no joelho esquerdo. Entretanto, com plugs de 10 mm de diâmetro e usamos as trefinas guia da Johnson & Johnson®. Seguimos com o mesmo protocolo pós-operatório com satisfatória evolução (fig. 4).

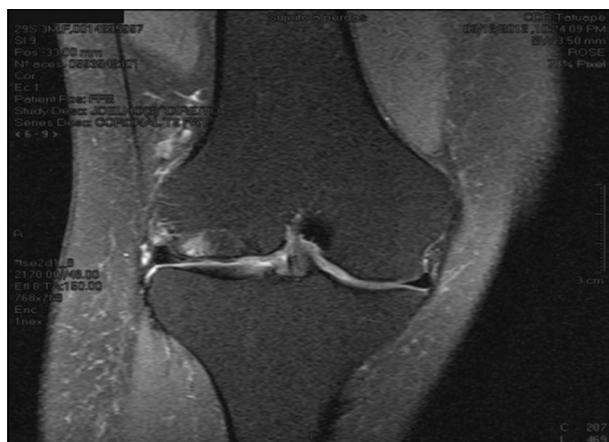


Figura 2 – RNM pré-operatória do joelho direito.



Figura 4 – RNM pós-operatória do joelho direito.

A paciente encontra-se com um ano e seis meses de pós-operatório do joelho esquerdo e seis meses do direito sem queixas ou limitações.

Discussão

A osteocondrite dissecante (OCD) é uma patologia de causa desconhecida que ocorre no osso subcondral.^{2,3} Apresenta-se na forma juvenil, quando há a presença da fise aberta, ou adulta, quando presente no esqueleto maturo, essa última, em geral, de tratamento cirúrgico e de pior prognóstico. Clinicamente apresenta diversas formas de manifestações.

Classicamente acomete a borda lateral do côndilo femoral medial² e sua ocorrência de forma bilateral e no côndilo femoral lateral é pouco relatada na literatura.⁴

É classificada de acordo com a localização anatômica, a estabilidade do fragmento e as alterações encontradas na RNM, na cintilografia e nas radiografias.² As alterações de imagem auxiliam na escolha terapêutica e, quando é o caso, na evolução do tratamento conservador.³

O tratamento cirúrgico compreende várias técnicas,⁴⁻⁸ como a ressecção do fragmento, o *drilling* artroscópico, a mosaicoplastia, a fixação *in situ* do fragmento, microfraturas, entre outras, de acordo com a localização e a viabilidade do fragmento.⁹ Entretanto, a artroscopia inicial se mostra importante por avaliar o tipo e a extensão da lesão e a mobilidade do fragmento osteocondral. Tem implicação direta na escolha da terapêutica apropriada e sua execução por via artroscópica, quando possível. Pode-se ainda optar pela artrotomia, quando necessário.¹⁰ No presente caso, após fazer a artroscopia e avaliar a vitalidade do fragmento e o seu tamanho, optamos pela mosaicoplastia.

Assim sendo, relatamos um raro caso de osteocondrite dissecante bilateral de côndilo femoral lateral tratado pela técnica de mosaicoplastia com bom resultado clínico.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Hefti F, Berguiristian J, Krauspae R, Möller-Madsen B, Riccio V, Tschauner C, et al. Osteochondritis dissecans: a multicenter study of the European Pediatric Orthopaedic Society. *J Pediatr Orthop B*. 1999;8(4):231-45.
2. Ganley TJ, Flynn JM. Osteochondritis dissecans. In: Scott WN, editor. *Surgery of the knee*. 4th ed. New York: Churchill Livingstone; 2006. p. 1234-41.
3. Anderson AF, Lipscomb AB, Coulan C. Antegrade curettement, bone grafting, and pinning of osteochondritis in the skeletally mature knee. *Am J Sports Med*. 1990;18(3):254-61.
4. Cetik O, Turker M, Uslu M. Bilateral osteochondritis dissecans of lateral femoral condyle. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2005;13(6):468-71.
5. Green WT, Banks HH. Osteochondritis dissecans in children. *Clin Orthop Relat Res*. 1990;(255):3-12.
6. Havulinna J, Jokio P, Lindholm TS, Viljanen V, Savilahti S. Long-term results of Smillie pin fixation of osteochondritis dissecans in the femoral condyles. *Ann Chir Gynaecol*. 1995;84(1):71-80.
7. Lindholm S, Pylkkänen P. Internal fixation of the fragment of osteochondritis dissecans in the knee by means of bone pins. A preliminary report on several cases. *Acta Chir Scand*. 1974;140(8):626-9.
8. Slough JA, Noto AM, Schmidt TL. Tibial cortical bone peg fixation in osteochondritis dissecans of the knee. *Clin Orthop Relat Res*. 1991;(267):122-7.
9. Twyman RS, Desai K, Aichroth PM. Osteochondritis dissecans of the knee. A long-term study. *J Bone Joint Surg Br*. 1991;73(3):461-4.
10. Severino NR, Camargo OPA, Aihara T, Cury RPL, Vaz CES, Perez GG, et al. Osteocondrite dissecante do joelho: estudo retrospectivo de 52 pacientes. *Rev Bras Ortop*. 1996;31(4):309-14.