

# Tratamento artroscópico da condromatose sinovial do ombro: relato de caso\*

## *Arthroscopic treatment of synovial chondromatosis of the shoulder: a case report*

ARILDO EUSTÁQUIO PAIM<sup>1</sup>, DANIEL COSTA FERREIRA<sup>2</sup>, ALESSANDRO PAIM<sup>2</sup>, RICARDO MOTA DE ALMEIDA<sup>3</sup>

### RESUMO

Os autores descrevem caso raro de condromatose sinovial do ombro e seu tratamento cirúrgico. A artroscopia possibilitou a visualização de todos os compartimentos da articulação glenoumeral, permitindo a remoção dos corpos livres e realização da sinovectomia.

**Descritores** – Condromatose sinovial/cirurgia; Articulação do ombro; Membrana sinovial; Artroscopia; Corpos livres articulares; Relatos de casos [Tipo de publicação]

### ABSTRACT

*The authors describe a rare case of synovial chondromatosis of the shoulder and its surgical treatment. Arthroscopy enabled the visualization of*

*all compartment of the glenohumeral joint, and allowed the removal of free bodies and the performance of a synovectomy.*

**Keywords** – Chondromatosis, synovial/surgery; Shoulder joint; Synovial membrane; Arthroscopy; Joint loose bodies; Case reports [Publication type]

### INTRODUÇÃO

A condromatose sinovial primária do ombro é uma situação clínica rara, que cursa com a formação de múltiplos corpos livres intra-articulares nos vários compartimentos da articulação glenoumeral. O presente relato de caso tem como objetivo mostrar que a artroscopia permitiu visualizar todos os compartimentos intra-articulares acometidos, retirar os corpos livres e realizar a sinovectomia.

### RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 23 anos de idade, com história de dor no ombro direito havia cerca de um ano, sem história de traumatismo. Durante o exame físico, a paciente apresentava dor à movimentação do ombro e limitação da amplitude de movimento (100° de elevação anterior, 45° de rotação externa, rotação interna em T8 e 45° de abdução) (figura 1).

Estudos por imagem foram obtidos através de radiografias simples e artroressonância magnética, os quais demonstraram múltiplos corpos livres intra-articulares e osteoartrose glenoumeral incipiente (figura 2).

\* Trabalho realizado no Grupo de Cirurgia de Ombro e Cotovelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia da Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.

1. Chefe do Grupo de Grupo de Cirurgia de Ombro e Cotovelo da Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.
2. Assistente do Grupo de Grupo de Cirurgia de Ombro e Cotovelo da Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.
3. Residente do 4º ano do Grupo de Grupo de Cirurgia de Ombro e Cotovelo da Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Ramallete 550/500, Serra – 30210-500 – Belo Horizonte, MG. Tel.: (31) 3213-4398.

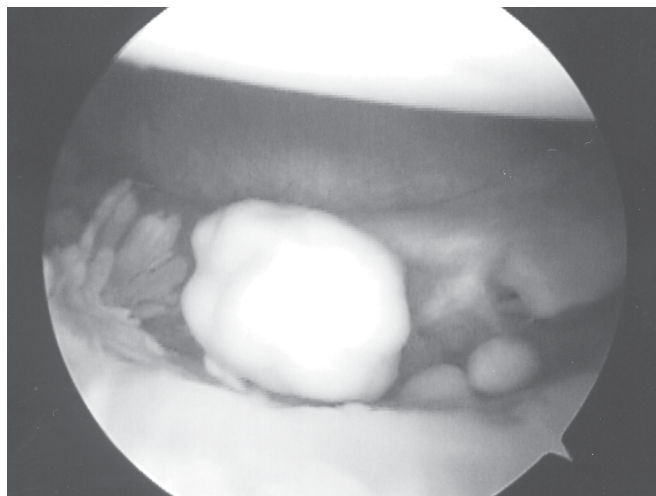
E-mail: Arildo.bhe@terra.com.br

Recebido em 30/10/07. Aprovado para publicação em 8/4/08.

Copyright RBO2008



**Figura 1**  
Pré-operatório da paciente: elevação anterior ativa 100° do ombro direito.



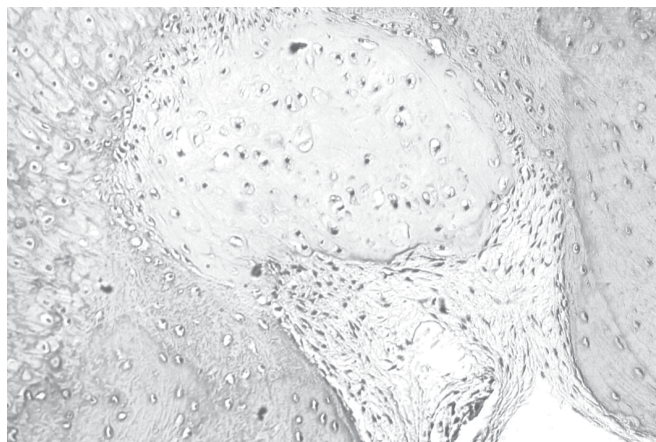
**Figura 3** – Peroperatório: visão artroscópica dos corpos livres intra-articulares.



**Figura 2** – Radiografia pré-operatória do ombro direito: presença de múltiplos corpos livres e sinais de osteoartrose glenoumeral.



**Figura 4** – Pós-operatório: aspecto macroscópico dos corpos livres.



**Figura 5** – Corte histológico de corpo livre cartilaginoso calcificado, contendo pequeno nódulo metaplásico imaturo, parcialmente revestido por membrana sinovial (HE, 10x)

O tratamento cirúrgico foi realizado por via artroscópica, na Santa Casa de Belo Horizonte. Após a realização de bloqueio interescalênico e anestesia geral, a paciente foi posicionada em decúbito lateral. Quatro portais foram feitos, sendo dois posteriores e dois anteriores. Os compartimentos: anterior, posterior, os recessos axilar e subescapular foram visualizados com os corpos livres (figura 3). Durante o ato cirúrgico observamos lesões condrais, tanto na cavidade glenóidea quanto na cabeça umeral. A sinovite estava pre-



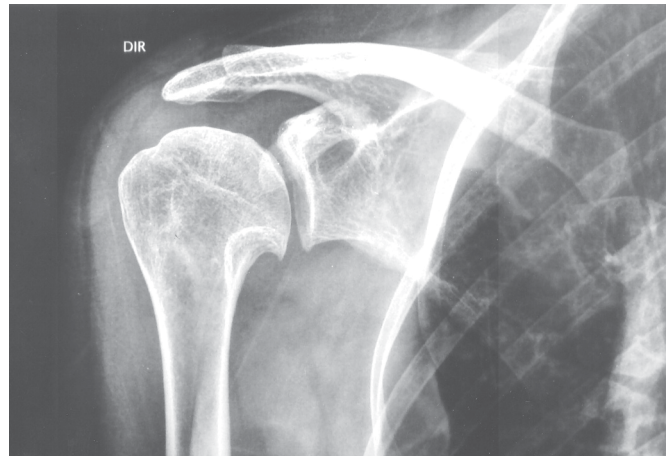
**Figura 6**  
Paciente no pós-operatório de 12 meses: elevação anterior ativa completa do ombro operado.

sente em pequenas áreas. Através de cânulas cirúrgicas de 8,25mm foi possível retirar 44 corpos livres (figura 4). A sinovectomia foi realizada após a retirada dos corpos livres para evitar sangramento excessivo durante o ato cirúrgico. O exame histológico revelou corpos livres cartilagosos calcificados com pequenos nódulos metaplásicos imaturos e revestidos por membrana sinovial caracterizando condromatose sinovial (figura 5).

No pós-operatório, a paciente usou tipóia durante 10 dias, permitindo exercícios autopassivos para o ombro, cotovelo e mão. Depois desse período foi iniciada a fisioterapia formal. Na avaliação após 12 meses da cirurgia, a paciente relatou melhora da dor e retorno da amplitude de movimento do ombro operado (figura 6). O controle radiográfico constatou ausência de corpos livres e não progressão da osteoartrite glenoumeral (figura 7).

## DISCUSSÃO

A condromatose sinovial primária é afecção rara, benigna, normalmente monoarticular, na qual ocorre



**Figura 7** – Radiografia pós-operatória do ombro direito com 12 meses: ausência de corpos livres.

a formação de corpos livres cartilagosos. Isso se dá, principalmente, por metaplasia da membrana sinovial articular, podendo ocorrer também por metaplasia da bainha de tendões ou, até mesmo, da bursa<sup>(1)</sup>. Quando ocorre em uma articulação previamente acometida por alguma condição patológica, como osteoartrite ou osteonecrose, é denominada condromatose sinovial secundária<sup>(1)</sup>.

A articulação mais acometida é o joelho, seguido do quadril, cotovelo, punho, tornozelo e ombro. Bloom e Pattinson revisaram 191 casos de condromatose sinovial e somente 10 casos (cerca de 5%) envolviam o ombro<sup>(2)</sup>.

A sintomatologia inclui dor, inchaço, crepitação e limitação do movimento.

A radiografia simples pode ser negativa nos estágios iniciais e a ressonância magnética pode identificar corpos livres em estágios precoces.

Milgram descreveu 30 casos de condromatose sinovial, identificando três estágios distintos: (1) doença com atividade intra-sinovial, mas sem a presença de corpos livres; (2) lesão transicional, com atividade sinovial e corpos livres; (3) múltiplos corpos livres, mas sem atividade sinovial<sup>(3)</sup>. A paciente que estudamos se encontrava no estágio 3, pois apresentava múltiplos corpos livres intra-articulares e na artroscopia observamos discretos focos de sinovite.

A transformação maligna pode ocorrer, porém, é mais comum após múltiplos episódios de recidiva. Davis *et al* revisaram 53 pacientes com condromatose sinovial primária e identificaram recidiva em nove deles (17%). Três desses nove pacientes sofreram transformação maligna para condrossarcoma<sup>(4)</sup>.

Apesar dos relatos de remissão espontânea, o tratamento de escolha é o cirúrgico<sup>(5)</sup>. A via tradicional é utilizada para a retirada dos corpos livres e sinovectomia<sup>(6)</sup>. Neer recomendou a desinserção do tendão do subescapular e abertura suficiente da cápsula para subluxar a cabeça umeral<sup>(5)</sup>. O advento da artroscopia, além das vantagens como pequenas incisões e reabilitação mais rápida, permite avaliar toda a articulação glenoumeral, com possibilidade de retirada de corpos livres, sinovectomia, tenodese da cabeça longa do bíceps quando comprometida e desbridamento da cartilagem articular<sup>(7-8)</sup>. Neste caso, através da artroscopia, conseguimos visualizar todos os compartimentos do ombro com apenas quatro pequenas incisões (portais), retirar os corpos livres e realizar a sinovectomia.

A recidiva é pouco freqüente (0 a 15%) e está relacionada à retirada insuficiente dos corpos livres articulares ou sinovectomia incompleta da membrana sinovial patológica<sup>(9)</sup>. Atualmente, a paciente, motivo deste relato, se encontra no período pós-operatório de 12 meses, sem dor, com os movimentos normais do ombro operado sem sinais de recidiva.

## COMENTÁRIO

Na condromatose sinovial do ombro, o tratamento por via artroscópica parece ser indicação terapêutica eficiente.

## REFERÊNCIAS

1. Milgram JW, Hadesman WM. Synovial osteochondromatosis in the subacromial bursa. *Clin Orthop Relat Res.* 1988;(236):154-9.
2. Bloom R, Pattinson JN. Osteochondromatosis of the hip joint. *J Bone Joint Surg Br.* 1951;33(1):80-4.
3. Milgram JW. Synovial osteochondromatosis: a histopathological study of thirty cases. *J Bone Joint Surg Am.* 1977;59(6):792-801.
4. Davis RI, Hamilton A, Biggart JD. Primary synovial chondromatosis: a clinicopathologic review and assessment of malignant potential. *Hum Pathol.* 1998;29(7): 683-8.
5. Neer CS. Rare shoulder lesions: glenoumeral osteochondromatosis. In: Neer CS, editor. *Shoulder reconstruction.* Philadelphia: Saunders; 1990. p. 478-9.
6. 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.
7. Snyder SJ. Synovial chondromatosis and osteochondromatosis. In: Snyder SJ. *Shoulder arthroscopy.* 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 281-3.
8. Lunn JV, Castellanos-Rosas J, Walch G. Arthroscopic synovectomy, removal of loose bodies and selective biceps tenodesis for synovial chondromatosis of the shoulder. *J Bone Joint Surg Br.* 2007;89(10): 1329-35.
9. Sah AP, Geller DS, Mankin HJ, Rosemberg AE, Delaney TF, Wright CD, Hornicek FJ. Malignant transformation of synovial chondromatosis of the shoulder to chondrosarcoma. A case report. *J Bone Joint Surg Am.* 2007;89(6):1321-8.