



Relato de Caso

Ressalto de escápula. Ressecção artroscópica de osteocondroma subescapular da região superomedial. Relato de caso e revisão da literatura[☆]



Alexandre Tadeu do Nascimento* e Gustavo Kogake Claudio

Hospital Orthoservice, São José dos Campos, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 29 de março de 2016

Aceito em 10 de maio de 2016

On-line em 4 de outubro de 2016

Palavras-chave:

Artroscopia
Neoplasias ósseas
Úmero
Osteocondroma

Keywords:

Arthroscopy
Bone neoplasms
Humerus
Osteochondroma

R E S U M O

A escápula em ressalto é uma síndrome com diversas etiologias, entre elas o osteocondroma subescapular. Quando esse tumor necessita ser retirado, é possível fazê-lo por via artroscópica, um procedimento que apresenta indicações restritas. Os autores apresentam neste artigo o caso de uma paciente com osteocondroma da região superomedial da face ventral da escápula, submetida a procedimento cirúrgico por artroscopia escapulotorácica para sua retirada.

© 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/>).

Snapping scapula. Arthroscopic resection of osteochondroma of the subscapularis superomedial angle. Case report and literature review

A B S T R A C T

Snapping scapula syndrome has several etiologies, including subscapular osteochondroma. When this tumor needs to be removed, this can be done arthroscopically, a procedure that has restricted indications. The authors present a case of a patient with superomedial subscapular osteochondroma who underwent a scapulothoracic arthroscopy for its removal.

© 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/>).

[☆] Trabalho desenvolvido no Grupo de Ombro e Cotovelo, Hospital Orthoservice, São José dos Campos, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: dr.nascimento@icloud.com (A.T. Nascimento).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2016.05.008>

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/>).

Introdução

O ressalto de escápula é um distúrbio que varia em suas manifestações clínicas de um distúrbio leve a limitante, caracterizado por movimentos escapulotorácicos que produzem uma crepitação audível e/ou palpável, dor e sensação de ressalto.¹

Muitas causas têm sido sugeridas para essa síndrome. Uma delas seriam os movimentos repetidos com esforço do ombro, que produzem microtraumas e uma bursite local que podem gerar um esporão ósseo no nível da fixação muscular na escápula e por fim gerar a crepitação.²

Ocasionalmente, não há causa identificável. Anormalidades estruturais que podem conduzir a essa síndrome incluem escoliose, cifose torácica, proeminências ósseas (tais como o tubérculo Luschka), curvatura anormal do ângulo superior da escápula, deformidade de Sprengel, abaulamento de borda vertebral, irregularidades das costelas subescapular, exostose das costelas subescapular, sarcoma osteogênico e osteocondroma.³

O osteocondroma é o tumor benigno mais comum do osso, responde por aproximadamente 35% dos tumores ósseos benignos e 9% de todos os tumores ósseos. O tumor é muitas vezes diagnosticado incidentalmente, pois a maioria é assintomático, mas pode causar sintomas mecânicos a depender da localização e do tamanho.⁴

Em uma extensa revisão da literatura, Carlson *et al.*³ identificaram 89 casos de síndrome de ressalto da escápula relatados entre 1867 e 1996. O osteocondroma de escápula foi a causa de 16% (14 casos).

A artroscopia escapulotorácica é um procedimento de indicações limitadas. Há poucos artigos disponíveis e eles se referem a relatos de casos e séries com número reduzido de pacientes. As indicações atuais desse procedimento referem-se a síndrome da escápula em ressalto, bursites escapulotorácicas, ressecção de corpo estranho, ressecção de tumores benignos e tratamento de dores crônicas refratárias ao tratamento conservador.⁵

A anatomia artroscópica foi descrita nos trabalhos de Ruland *et al.*,⁶ propõe portais seguros e evita a lesão de estruturas neurovasculares. A articulação escapulotorácica tem dois espaços triangulares, o espaço do serrátil anterior e o espaço subescapular, que são divididos obliquamente pelo músculo serrátil anterior. Os limites do espaço do serrátil anterior incluem o músculo serrátil anterior posteriormente, o músculo romboide medialmente e a parede torácica anteriormente. No espaço do subescapular encontra-se o músculo serrátil anterior anteriormente, o músculo subescapular posteriormente e a axila lateralmente.

No procedimento artroscópico o paciente é colocado em decúbito ventral, o braço em total rotação interna e o ombro em extensão (*chicken wing position*), para aumentar o espaço escapulotorácico. O portal inicial de entrada situa-se medial ao ângulo da escápula logo abaixo do nível da espinha escapulotorácica, a 3 cm da borda medial da escápula; um segundo portal é posicionado cerca de 4 cm abaixo do primeiro portal para evitar lesão do nervo e da artéria dorsal da escápula e do nervo espinhal acessório e para permitir orientação perpendicular em relação a parede torácica. Para acesso ao ângulo

superior da escápula pode ser necessário fazer portal superiormente à escápula.⁶

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 21 anos, universitária, praticante de hipismo, apresentava queixa de dor e crepitação da escápula havia três anos. Passou por vários serviços, com diagnóstico de discinesia paraescapular, e durante esse tempo fez fisioterapia sem melhoria do quadro.

Ao exame físico, apresentava amplitude de movimento normal, porém com crepitação audível e palpável, mesmo em movimentos passivos.

A radiografia da região escapular demonstrou a presença de tumor ósseo na borda anterior da escápula (*fig. 1*). A investigação foi complementada com tomografia e ressonância magnética (*fig. 2*), chegou-se à hipótese diagnóstica de osteocondroma.

A paciente foi então submetida a procedimento cirúrgico para retirada do tumor por via artroscópica (*fig. 3*), conforme técnica descrita por Ruland.⁶ Fez-se um portal no nível da espinha da escápula e outro portal 4 cm abaixo do primeiro portal, respeitou-se uma distância de no mínimo 3 cm da borda medial da escápula. Não foi necessário usar o portal superior, que é uma opção quando há necessidade de se acessar a região superomedial da escápula. O tumor ósseo foi enviado para análise anatomopatológica, que confirmou tratar-se de osteocondroma. Foram feitas radiografia e tomografia pós-operatória (*fig. 4*), que mostraram êxito na retirada do tumor, com excelente aspecto estético (*fig. 5*). A paciente



Figura 1 – Radiografia em perfil de escápula que mostra tumor ósseo em face ventral da escápula.

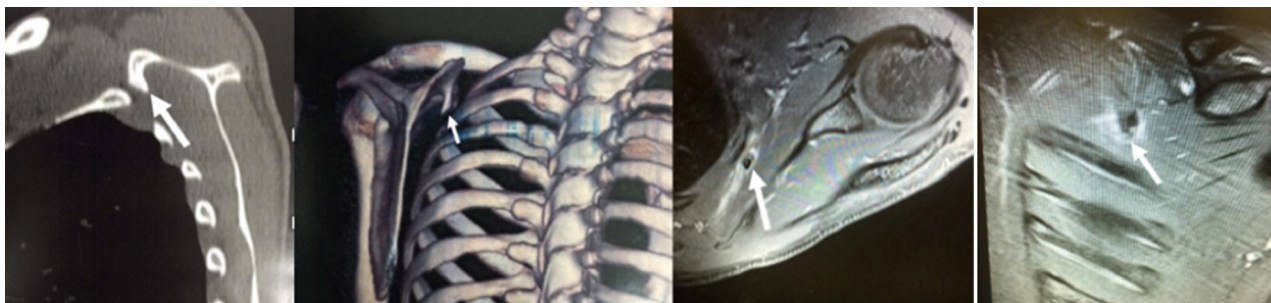


Figura 2 – Tomografia que mostra tumor ósseo em região superomedial de escápula em íntimo contato com arcos costais e imagem da ressonância magnética que mostra osteocondroma “perfurando” músculo subescapular (seta branca).

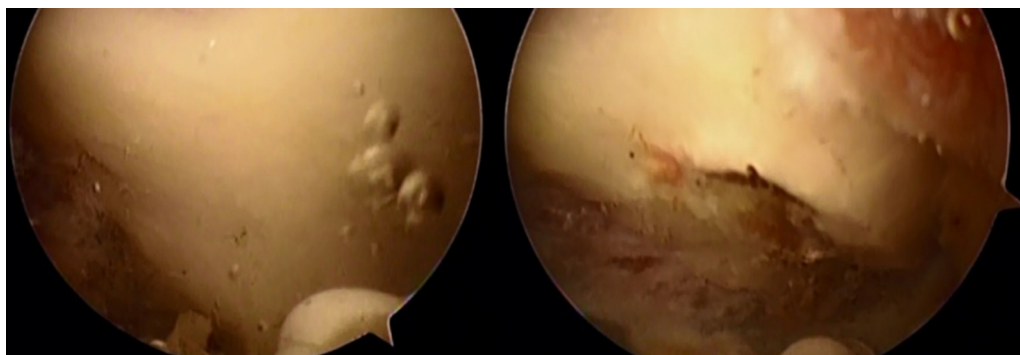


Figura 3 – Intraoperatórias que mostram o antes e o depois do procedimento de retirada do tumor.

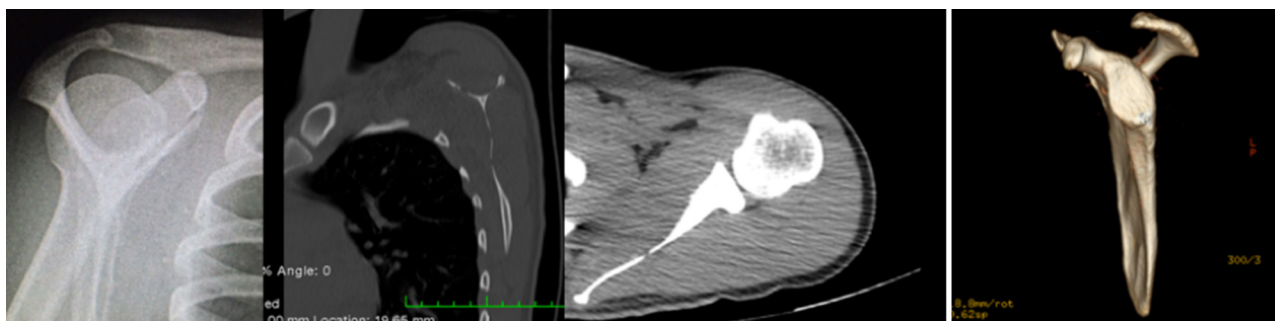


Figura 4 – Radiografia e tomografias pós-operatórias que mostram êxito na retirada de todo o tumor.

está com oito meses de pós-operatório e apresentou melhoria significativa nos escores aplicados. O *Disabilities of Arm, Shoulder and Hand* (Dash) passou de 43,3 no pré-operatório para 0,83 no pós-operatório. O *University of California at Los Angeles* (UCLA) passou de 22 no pré-operatório para 35 no pós-operatório. Já a escala visual analógica (EVA) passou de 6 no pré-operatório para 0 no pós-operatório.

Discussão

O ressalto de escápula é um distúrbio que varia em suas manifestações clínicas de um distúrbio leve a limitante. Muitas causas têm sido sugeridas para essa síndrome, o osteocondroma é responsável por aproximadamente 15% dos casos.⁷ O osteocondroma é o tumor benigno mais comum do osso, responde por aproximadamente 35% dos tumores ósseos benignos e 9% de todos os tumores ósseos. O tumor é muitas

vezes diagnosticado incidentalmente, pois a maioria é assintomático, mas pode causar sintomas mecânicos, a depender da localização e do tamanho.⁴ Apesar de ser o tumor benigno mais comum que afeta a escápula, raramente ele se apresenta nessa localização.⁸ Ele é comumente encontrado em pacientes jovens, geralmente numa faixa abaixo de 30 anos, com relação masculino:feminino de 1,5:1.⁹

Ao fazer uma revisão dos casos descritos na literatura constatamos apenas mais um caso em que a localização do osteocondroma se deu na região superomedial da escápula.¹⁰ Todos os outros casos foram do equador da escápula para baixo. Assim, este caso torna-se de especial apresentação.¹¹ Os tumores da região inferior da escápula costumam atingir tamanhos maiores, pelo espaço que têm para se desenvolver, e, a depender do tamanho, podem inviabilizar a ressecção artroscópica.¹² Embora tecnicamente complexa, a cirurgia artroscópica para a síndrome do ressalto da escápula oferece várias vantagens teóricas sobre o tratamento cirúrgico



Figura 5 – Aspecto estético da cirurgia escapulotorácica por via artroscópica.

aberto. Essas incluem minimizar a dissecação, preservar as inserções musculares e, desse modo, eliminar a necessidade de imobilização pós-operatória e o período de reabilitação.¹³

O caso desta paciente apresentava um osteocondroma de características particulares, por conta de sua posição superomedial e de seu íntimo contato com o segundo arco costal. Como é possível ver pela tomografia, seu crescimento se deu em forma de gancho, provavelmente pelo efeito mecânico de desgaste de sua face, que estava em constante atrito com o arco costal. Outra particularidade que pôde ser notada pela ressonância é que a tumoração avançava pelo ventre do músculo subescapular, sem rechaçá-lo, mas perfurando-o, o que aumentou a dificuldade de localização e ressecção da lesão.

A artroscopia escapulotorácica tem se tornado um procedimento cada vez mais feito na prática ortopédica, permite o tratamento de patologias que acometem a escápula, de forma eficaz e minimamente invasiva.¹² Muitos estudos têm demonstrado, assim como nosso relato, resultados excelentes nas ressecções de osteocondromas da região ventral da escápula por meio da artroscopia escapulotorácica.^{14,15}

Na revisão da literatura e na observação do caso em questão, podemos concluir que a artroscopia escapulotorácica é

um procedimento recente, de indicações limitadas, mas com boa efetividade e com bom aspecto estético final.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Manske RC, Reiman MP, Stovak ML. Nonoperative and operative management of snapping scapula. *Am J Sports Med.* 2004;32(6):1554-65.
2. Kuhne M, Boniquit N, Ghodadra N, Romeo AA, Provencher MT. The snapping scapula: diagnosis and treatment. *Arthroscopy.* 2009;25(11):1298-311.
3. Carlson HL, Haig AJ, Stewart DC. Snapping scapula syndrome: three case reports and an analysis of the literature. *Arch Phys Med Rehabil.* 1997;78(5):506-11.
4. Ermiş MN, Aykut US, Durakbaşa MO, Ozel MS, Bozkuş FS, Karakaş ES. Snapping scapula syndrome caused by subscapular osteochondroma. *Eklem Hastalik Cerrahisi.* 2012;23(1):40-3.
5. Pavlik A, Ang K, Coghlan J, Bell S. Arthroscopic treatment of painful snapping of the scapula by using a new superior portal. *Arthroscopy.* 2003;19(6):608-12.
6. Ruland LJ 3rd, Ruland CM, Matthews LS. Scapulothoracic anatomy for the arthroscopist. *Arthroscopy.* 1995;11(1):52-6.
7. Kumar N, Ramakrishnan V, Johnson GV, Southern S. Endoscopically-assisted excision of scapular osteochondroma. *Acta Orthop Scand.* 1999;70(4):394-6.
8. Galate JF, Blue JM, Gaines RW. Osteochondroma of the scapula. *Mo Med.* 1995;92(2):95-7.
9. Sivananda P, Rao BK, Kumar PV, Ram GS. Osteochondroma of the ventral scapula causing scapular static winging and secondary rib erosion. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(5):LD03-5.
10. Suresh SS. Superomedial angle osteochondroma of the scapula as a cause of snapping scapula. *Kerala J Orthop.* 2011;25(1):37-42.
11. Fukunaga S, Futani H, Yoshiya S. Endoscopically assisted resection of a scapular osteochondroma causing snapping scapula syndrome. *World J Surg Oncol.* 2007;5:37.
12. Andreoli CV, Ejnisman B, Pochini AC, Monteiro HC, Cohen M, Faloppa F. Artroscopia da articulação escapulotorácica: relato de casos. *Rev Bras Ortop.* 2009;44(4):351-6.
13. Harper GD, McIlroy S, Bayley JI, Calvert PT. Arthroscopic partial resection of the scapula for snapping scapula: a new technique. *J Shoulder Elbow Surg.* 1999;8(1):53-7.
14. Freche S, Juch F, Nusselt T, Delank KS, Hagel A. Arthroscopic treatment of bilateral snapping scapula syndrome: a case report and review of the literature. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2015;49(1):91-6.
15. Sarikaya B, Suluova F, Cetin BV, Sarikaya ZB. Endoscopically assisted resection of a rare mass: intra-articular osteochondroma of shoulder originated from scapula. *Case Rep Orthop.* 2016;2016:7684807.