

Osteólise distal da clavícula atraumática *

MICHAEL SIMONI¹

RESUMO

O autor relata nove casos de osteólise distal da clavícula atraumática em atletas não competitivos do sexo masculino. Musculação era a atividade física principal de oito pacientes. Dor localizada na região da articulação acromioclavicular, alterações radiológicas na extremidade distal da clavícula e alívio dos sintomas após injeção local de anestésico conduziram ao diagnóstico. O tratamento, com repouso na fase inicial, seguido de reabilitação apropriada e mudanças na prática esportiva, foi satisfatório em oito pacientes. Somente em um caso o tratamento cirúrgico, através da ressecção de 1,5cm distal da clavícula, foi utilizado devido à dor persistente. Em todos os pacientes, a volta às atividades esportivas foi dependente de alterações na forma de treinamento.

SUMMARY

Atraumatic osteolysis of the distal clavicle

The author reports 9 cases of atraumatic osteolysis of the distal portion of the clavicle in non-competitive male athletes. Weight-lifting was the main physical activity of 8 of the patients. Pain in the acromioclavicular joint, radiological changes in the distal portion of the clavicle, and relief of symptoms following local injection of anesthetics led to the diagnosis. Treatment consisted in rest in the initial phase, followed by adequate rehabilitation and changes in the sport practice, and was effective in 8 patients. Only one of the patients was submitted to surgical treatment, with resection of 1.5 cm of the distal clavicle, due to persistent pain. For all patients, return to sports activities was dependent on changes in the way of training.

* Trab. realiz. na 19ª Enferm. da Santa Casa de Miseric. do Rio de Janeiro.

1. Méd. Ortoped. respons. pelo Setor de Cirurg. do Ombro.

INTRODUÇÃO

A osteólise distal da clavícula é caracterizada por um processo de reabsorção óssea em graus variáveis da extremidade distal da clavícula.

Trabalhos de Dupas, Madsen e Stahl, citados em diversas publicações^(1,4,7), abordaram a reabsorção distal da clavícula relacionada à luxação acromioclavicular. Posteriormente, Ehricht, mencionado no trabalho de Cahill⁽¹⁾, relatou o primeiro caso de osteólise distal da clavícula sem trauma em um operador de maquinaria pesada. A lesão foi subseqüentemente descrita num lutador de judô e num praticante de handebol. Nenhum destes fôra vítima de trauma⁽¹⁾.

A maior série abordando o assunto foi publicada por Cahill em 1982, relatando 46 casos de osteólise distal da clavícula atraumática em atletas do sexo masculino. A musculação era praticada por 45 desses pacientes⁽¹⁾.

Apesar de já ter sido descrito, o acometimento da patologia no sexo feminino se mostrou bastante infreqüente^(1,4,5,7).

O objetivo deste trabalho é relatar nossa experiência com nove pacientes portadores de osteólise distal da clavícula sem trauma, vistos nos últimos trinta anos.

MATERIAL E MÉTODOS

A série foi composta de nove pacientes com queixas de dor ao nível da articulação acromioclavicular, sem história de trauma.

Todos os pacientes foram examinados, tratados e revistos por nós. Foi colhida história detalhada, enfatizando principalmente a ausência de traumatismos na região e as atividades esportivas, com maior atenção à musculação.

Os nove pacientes eram do sexo masculino. A musculação era a atividade esportiva principal em oito desses pacientes há pelo menos cinco anos. Havia envolvi-

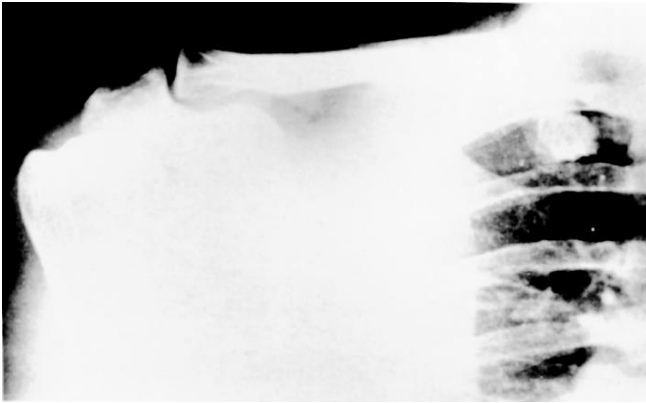


Fig. 1 — RX com 10° de inclinação cefálica (Zanca), demonstrando a presença de microcistos precoces e proeminência da extremidade distal da clavícula

mento desses pacientes em outros esportes, como natação, surf e boxe, de forma não competitiva. O único paciente que nunca havia praticado musculação era nadador e surfista há 16 anos.

A faixa etária na época do atendimento inicial variou de 27 a 38 anos, com média de 31 anos. O tempo de acompanhamento mínimo foi de quatro meses e o máximo, de dois anos e dez meses,

A procura ao atendimento médico ocorreu em todos os casos quando a dor passou a impossibilitar as atividades esportivas. Cinco pacientes estiveram em outros serviços antes de serem vistos por nós, tendo sido feito diagnóstico de bursite do ombro em três pacientes e contratura do trapézio com cervicobraquialgia nos outros dois. Nestes casos, o tratamento inicial dirigido para essas patologias não apresentou resultados. Os demais casos foram examinados inicialmente por nós.

O lado direito foi acometido isoladamente em quatro casos, o esquerdo em três e dois pacientes apresentavam sintomas bilaterais, porém com intensidades diferentes.

O quadro clínico, quase constante, se iniciava de forma insidiosa, com dor na região da articulação acromioclavicular e irradiações ocasionais para o trapézio e/ou deltóide. Os sintomas aumentavam progressivamente, até incapacitarem o paciente para a prática esportiva.

Na ocasião do exame clínico, todos os pacientes eram portadores de musculatura bem desenvolvida. Em seis deles, verificou-se maior proeminência da extremidade distal da clavícula em relação ao lado contralateral.



Fig. 2 — Cintilografia óssea, demonstrando aumento de captação do contraste na clavícula distal

À palpação, todos os pacientes apresentavam dor localizada somente na articulação acromioclavicular. O teste da adução horizontal foi positivo em sete pacientes. Em todos os casos, havia dor nos últimos 30° de elevação passiva ou ativa do ombro. Nenhum paciente apresentava alterações na força muscular ou na amplitude dos movimentos.

O estudo radiológico foi feito usando as incidências em AP, AP com 10° de inclinação cefálica (incidência de Zanca)⁽⁷⁾ e em axilar, tendo sido sempre comparativo com o lado contralateral. As alterações radiológicas eram caracterizadas por discreta osteoporose regional, deformidade da extremidade distal da clavícula, rarefação do osso subcondral e presença precoce de microcistos (figuras 1 e 3A). Havia predominância de características líticas, porém de menor intensidade, quando comparadas com as osteólises distais de clavícula de origem traumática. Não foi observada osteofitose em nenhum paciente.

A cintilografia óssea com fosfato de tecnécio foi utilizada nos três primeiros pacientes, demonstrando aumento de captação do contraste ao nível da extremidade distal da clavícula (figura 2).

A injeção de 3ml de lidocaina na articulação acromioclavicular foi feita em todos os pacientes, com alívio total dos sintomas, comprovando o diagnóstico de osteólise distal da clavícula de origem atraumática.

O tratamento conservador foi instituído inicialmente em todos os pacientes através de repouso com afastamento completo das atividades esportivas, calor local e

medicação antiinflamatória não hormonal. Com a diminuição da dor, foi iniciado programa de reabilitação de acordo com protocolo de Rockwood, utilizando *rubber therabands* leve e progressivamente em níveis indolores, com ênfase dada ao reforço do trapézio⁽⁷⁾. Foi autorizada, então, a volta gradativa às atividades esportivas, sem permitir, no entanto, que o paciente chegasse aos níveis anteriores. Somente um paciente desta série foi submetido a tratamento cirúrgico que se constituiu na ressecção de 1,5cm distal da clavícula (figura 3, A e B).

RESULTADOS

Em oito pacientes, houve rápida regressão dos sintomas, possibilitando o início da reabilitação com aproximadamente um mês de tratamento. Cinco pacientes demonstraram não ter intenção de retornar à prática de musculação, estando satisfeitos com outros esportes, como natação, *surf* e *squash*. Alterações na forma de treinamento e nas distâncias permitiram que os três nadadores retornassem às suas atividades, que eram de caráter não competitivo. Os praticantes de *surf*, em número de dois, não encontraram problemas no retorno ao esporte. Os outros três pacientes, que quiseram retornar à musculação, adaptaram-se a uma menor quantidade de repetições e carga, evitando alguns exercícios, como, por exemplo, o *bench-press*. Estes três pacientes apresentaram sintomas esporádicos.

Em somente um caso o tratamento conservador foi ineficaz, com sintomas persistentes até em repouso. Após seis meses, o paciente foi submetido à ressecção cirúrgica de 1,5cm distais da clavícula. Este paciente se encontra no 7º mês pós-operatório sem apresentar qualquer sintoma, praticando natação e não demonstrando interesse em retornar à musculação (figura 3).

Ambos os pacientes com sintomas bilaterais evoluíram sem dor, sendo que um deles retornou à prática de boxe.

DISCUSSÃO

A osteólise distal da clavícula atraumática é uma patologia ainda pouco conhecida, com escassos relatos na literatura mundial.

A predominância absoluta no sexo masculino e a relação direta com exercícios de musculação e/ou halterofilismo demonstram compatibilidade entre a nossa série e a de Cahill⁽¹⁾. A tendência recente à prática de espor-

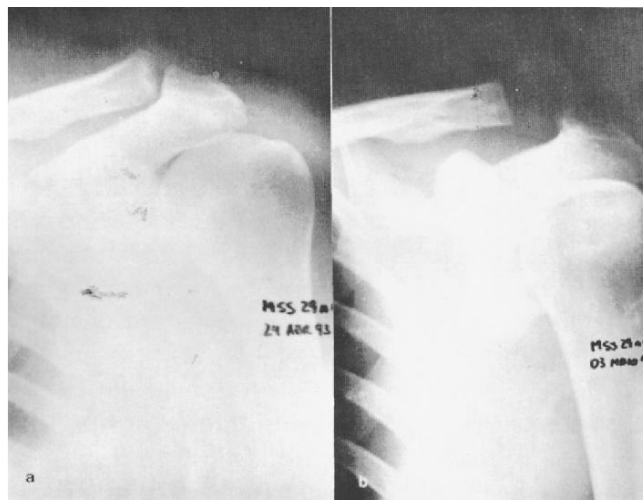


Fig. 3 — A) RX apresentando osteólise distal da clavícula. Pré-operatório. B) Pós-operatório. Ressecção de 1,5cm distal da clavícula.

tes que utilizam carga repetida sobre o membro superior, principalmente a musculação, parece estar favorecendo um aumento na incidência da lesão. É provável, também, que em algumas pessoas a articulação acromioclavicular seja um ponto de menor resistência no ombro^(1,5).

A etiopatologia da lesão parece estar ligada à ocorrência de microfaturas na superfície articular da clavícula, levando à hiperemia local e reabsorção óssea^(1,5). Deve ser levado em conta que, devido à sua vascularização, a clavícula é o osso com maior potencial reabsortivo⁽¹⁾. Os estudos histopatológicos mostraram alterações degenerativas com nítida tendência reabsortiva e pouca formação óssea^(1,5).

Clinicamente, o fato de que cinco entre nove pacientes dessa série foram previamente tratados como portadores de bursite e cervicobraquialgia demonstra um desconhecimento da patologia e precariedade no exame clínico. O diagnóstico da lesão não impõe muita dificuldade, já que a dor é precisamente localizada sobre a extremidade distal da clavícula (que se encontra, muitas vezes, mais proeminente), que o teste da adução horizontal incita dor no local e que as alterações radiológicas estão normalmente presentes no atendimento inicial (figuras 1 e 3). A cintilografia óssea, considerada importante por Cahill e realizada em todos os seus pacientes, foi indicada por nós somente nos três primeiros casos. O aumento de captação do contraste é nítido, porém consideramos o exame desnecessário para a confirmação diagnóstica (figura 2). Finalmente, o teste com injeção de anesté-

sico local ao nível da articulação acromioclavicular se mostrou bastante útil, causando alívio dos sintomas na totalidade dos pacientes.

O tratamento conservador instituído foi satisfatório para oito pacientes. Somente três destes insistiram em manter a musculação como parte de suas atividades, aceitando, porém, suas limitações com carga e número de repetições definitivamente reduzidos. Os três pacientes que praticavam natação de forma não competitiva readaptaram distâncias, forma de treinamento e continuaram o esporte sem problemas.

Cahill, em sua série, realizou o tratamento cirúrgico em 21 pacientes (45%), todos de nível competitivo. A cirurgia de ressecção da extremidade distal da clavícula permitiu que 16 pacientes retornassem à prática esportiva nos níveis anteriores⁽¹⁾. Os 25 pacientes não operados readaptaram ou alteraram suas atividades, assim como na nossa série. Levine & col. demonstraram que com repouso a extremidade distal da clavícula pode até recuperar sua anatomia original⁽⁴⁾. Rockwood recomenda que se evite ao máximo a ressecção da clavícula, que em sua opinião gera problemas crônicos no local, como fraqueza e desconforto⁽⁶⁾.

Em nossa série, somente um paciente evoluiu com dor constante, resistindo a todas as tentativas de tratamento conservador. Uma infiltração local de corticosteróides, aplicada apenas neste paciente, também não apresentou resultado. Foi feita, então, a ressecção de 1,5cm distal da clavícula, de acordo com as recomendações de Neer, isto é, osteotomia oblíqua mantendo a parte anterior e inferior mais larga⁽⁵⁾ (figuras 3, A e B). Este paciente está satisfeito com o resultado, praticando natação e não manifestando vontade de retomar à musculação.

A ressecção artroscópica da clavícula distal vem sendo relatada com frequência cada vez maior. Ellman afirma ter bons resultados com o procedimento⁽²⁾ e Flatow apresentou, em 1993, sua casuística com 93% de resultados satisfatórios, com ressecções econômicas de 0,5 a 1,0cm⁽³⁾. Este procedimento, apesar de requerer uma curva de aprendizado elevada e apresentar ainda pouca ca-

suística, certamente terá o seu lugar no tratamento da patologia.

CONCLUSÃO

A osteólise distal da clavícula atraumática parece ser mais freqüente do que se pensa. Quando estivermos diante de um paciente do sexo masculino, entre 20 e 40 anos, atleta, principalmente envolvido com musculação e/ou halterofilismo, é imprescindível que a articulação acromioclavicular seja convenientemente examinada e radiografada, para que o diagnóstico seja feito corretamente.

O tratamento conservador, constituído principalmente de repouso na fase inicial, seguido de reabilitação apropriada e mudanças em relação à prática esportiva, parece satisfatório para atletas não competitivos, como os desta série. A ressecção da extremidade distal da clavícula por qualquer método deve ser reservada somente para aqueles pacientes que permaneçam com dor em repouso, mesmo quando afastados da prática esportiva por pelo menos seis meses, e provavelmente para aqueles que desejarem uma tentativa de retornar aos seus níveis competitivos anteriores.

REFERÊNCIAS

1. Cahill, B. R.: Osteolysis of the distal part of the clavicle in male athletes. *J Bone Joint Surg [Am]* 64: 1053, 1982.
2. Ellman, H.: Comunicação pessoal, San Francisco, Fev., 1993.
3. Flatow, E. L., Pollock, R.G. & Nicholson, G. P.: *Arthroscopic resection of the distal clavicle: factors associated with success*. Apres. no 60º Congresso da American Academy of Orthopaedic Surgeons, San Francisco, fev., 1993.
4. Levine, A. H., Pais, M.J. & Schwartz, E. E.: Post-traumatic osteolysis of the distal clavicle with emphasis on early radiological changes. *A J Rad* 127:781, 1976.
5. Neer, C. S.: Less frequent procedures, in *Shoulder reconstruction*, Philadelphia, W.B. Saunders, 1990. Cap. 6, p. 433-436.
6. Rockwood, C. A.: Comunicação pessoal, San Antonio, abril, 1992.
7. Rockwood, C.A. & Matsen, F. A.: Disorders of the acromio-clavicular joint, in *The shoulder*, Philadelphia, W.B. Saunders, 1990. Vol. 1, cap. 12, p. 464-467.