



RELATO DE CASO

CONDROMATOSE SINOVIAL DO OMBRO: RELATO DE CASO

SHOULDER SYNOVIAL CHONDROMATOSIS: CASE REPORT

Ricardo Borges da Cunha, Maria Eduarda Ferreira de Moraes, Luisa Mesquita de Moraes, Rafael Vieira Rocha, Lúcio Gusmão Rocha, Fabiano Inácio de Sousa, Frederico Barra de Moraes

Resumo

A condromatose sinovial é caracterizada pela formação de múltiplos corpos livres de tecido cartilaginoso dentro do tecido conectivo da membrana sinovial das articulações, bainhas e bursas, sendo uma patogenia infrequente e geralmente monoarticular. Afeta principalmente adultos do sexo masculino, e as articulações mais acometidas são os joelhos, seguidos pelos quadris, cotovelos e ombros, com manifestações clínicas de dor, inflamação e limitação funcional. O diagnóstico é baseado na história clínica e exames de imagem, e confirmado após o exame histológico. O tratamento de escolha para pacientes sintomáticos é cirúrgico. Relatamos o caso de um paciente do sexo masculino, de 68 anos, com dor crônica bilateral nos ombros, sendo diagnosticado com condromatose sinovial no ombro esquerdo e tratado com artroplastia.

Descritores: Condromatose sinovial; ombro; artroplastia.

Abstract

Synovial chondromatosis is characterized by the formation of multiple free bodies of cartilaginous tissue within the connective tissue of the synovial membrane of the joints, sheaths and bursae, being an infrequent and generally monoarticular disease. It mainly affects male adults, and the most affected joints are the knees, followed by the hips, elbows and shoulders, with clinical manifestations of pain, inflammation and functional limitation. The diagnosis is based on clinical history and imaging tests, and confirmed after histological examination. The treatment of choice for symptomatic patients is surgery. We report the case of a 68-year-old male patient with chronic bilateral shoulder pain, diagnosed with synovial chondromatosis in the left shoulder and treated with arthroplasty.

Keywords: Synovial chondromatosis; shoulder; arthroplasty.

A condromatose sinovial é um quadro benigno, inicialmente identificado por Ambrose Paré, em 1558, e posteriormente descrito por Laennec, em 1813, como sendo corpos livres intra-articulares originários de tecidos sinoviais. Sua descrição mais atual, porém, foi cunhada por Jaffe na década de 1950^{1 2 3}.

É uma doença relativamente incomum, caracterizada pela formação sinovial de corpos livres cartilaginosos ou osteocondrais, geralmente intra-articulares, mas que podem ser extra-articulares, em tais casos acometendo tipicamente estruturas

tenossinoviais¹.

A condromatose sinovial pode ser dividida em primária e secundária. A forma primária era originalmente considerada uma metaplasia sinovial, porém estudos mais recentes sugerem que se trata de uma condição neoplásica benigna, havendo, inclusive, possibilidade de transformação maligna para condrossarcoma^{1 2}. A forma primária afeta principalmente homens entre a 3ª e 5ª décadas de vida, e é geralmente monoarticular, sendo o joelho a articulação preferida em 50 a 65% dos casos, seguido pelo



quadril, cotovelo e ombro^{2 3 4}. A forma secundária, por sua vez, está relacionada ao surgimento de corpos livres decorrentes de outros processos intra-articulares como osteoartrite, traumas, osteonecrose, sem relação direta com alterações sinoviais^{1 2 3 4}. A forma primária costuma apresentar corpos-livres menores, arredondados e de tamanho uniforme, em contraste com a forma secundária, na qual eles costumam ter tamanhos variados e ser em menor quantidade^{1 4}.

O paciente com condromatose sinovial pode ser assintomático ou queixar-se de dor, aumento de volume, restrição de movimento da articulação, crepitações e travamentos. Além da história clínica, o diagnóstico é complementado por exames de imagem e confirmado por exame histopatológico^{1 2}.

A doença costuma ter início insidioso, com sintomas gradualmente progressivos, muitas vezes com atraso no seu diagnóstico e tratamento, o que pode gerar consequências irreversíveis para o paciente, como erosão da cartilagem articular, degeneração tendínea e dor crônica^{1 2}.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 68 anos, comparece à consulta com queixa de dor crônica bilateral nos ombros, sendo à direita Escala Visual Analógica (EVA) 3, com sinal de Popeye positivo e com boa ADM ativa. No ombro esquerdo, apresentava dor intensa, EVA 8, com limitação da ADM passiva e restrição para realização de rotação interna e externa, abdução e elevação, além de apresentar crepitações e bloqueio articular.

Exames de imagem do ombro esquerdo (Figuras 1 a 4) evidenciaram condromatose sinovial do ombro esquerdo, com acentuado derrame articular, sinais de sinovite e pequenos corpos livres intra-articulares, além de erosões ósseas localizadas na cabeça umeral, associadas a padrão edema na medular óssea adjacente. Também eram evidentes lesões parciais dos tendões do supraespinhoso, infraespinhoso e subescapular, e rotura do tendão da cabeça longa do bíceps.

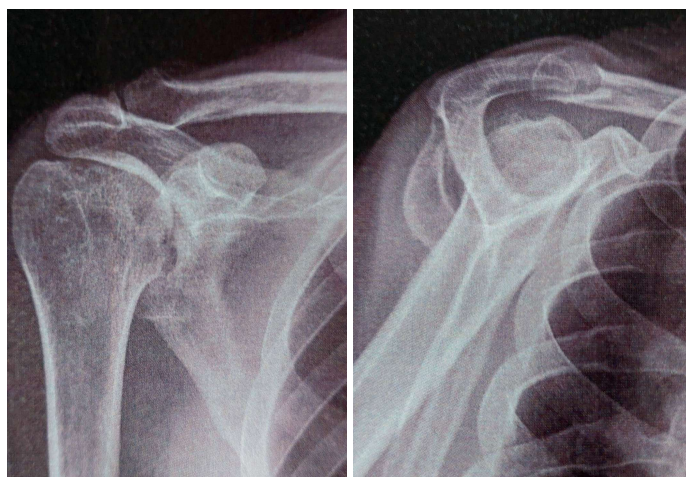


Figura 1. Radiografia em AP e perfil do ombro esquerdo, evidenciando diminuição do espaço articular glenoumeral, erosão e elevação da cabeça umeral.

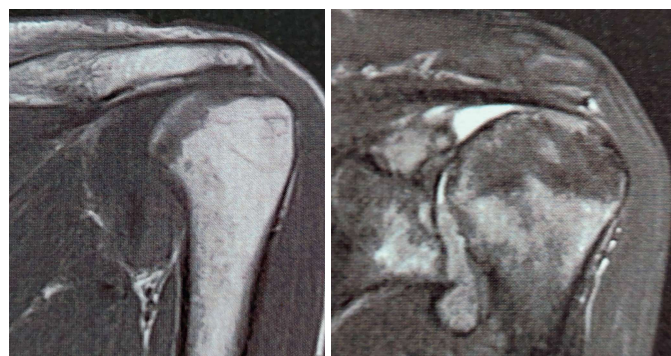


Figura 2. Imagens em T1 e T2 do corte coronal da ressonância magnética do ombro esquerdo, evidenciando erosão da cabeça umeral, intensa sinovite e edema ósseo.

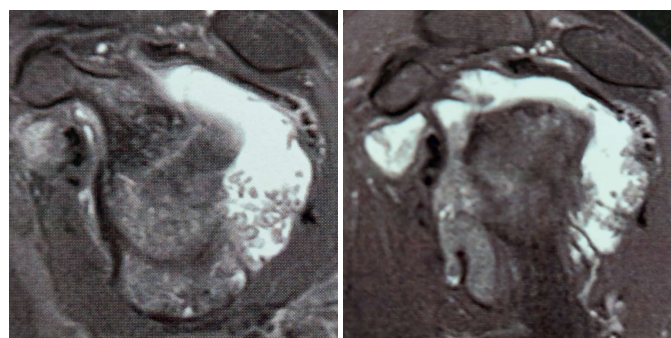


Figura 3. Imagens em T2 do corte sagital da ressonância magnética do ombro esquerdo, evidenciando intensa sinovite e múltiplos corpos livres.

Realizada infiltração articular glenoumeral no ombro esquerdo, por via posterior, guiada por ultrassonografia, utilizando-se 3ml de xilocaína e 1ml de triancinolona. Houve alívio parcial da dor em 50%, mas sem melhora da ADM. Foi então prescrito diclofenaco de 50mg associado a tramadol de 50mg de 8/8h por 15 dias para uso domiciliar e indicada cirurgia de artroplastia do ombro esquerdo.

DISCUSSÃO

As articulações sinoviais são compostas por duas camadas, uma cápsula fibrosa superficial espessa, que participa da estabilização articular, e uma camada interna fina, a membrana sinovial, composta por tecido mesenquimal especializado. A membrana sinovial participa da lubrificação e nutrição articular, além de atuar na absorção de impacto e no sistema de filtragem da articulação. A membrana sinovial pode dar origem a diversos processos proliferativos ou tumores, que são diagnósticos diferenciais da condromatose sinovial, como tumor de células gigantes da bainha tendínea, sinovite vilonodular pigmentada, sinovite nodular localizada, lipoma arborescente, hemangioma sinovial e fibroma da bainha tendínea⁴.

Nos membros superiores, a condromatose sinovial é mais comum no cotovelo, e em seguida no ombro. Nessa articulação, o diagnóstico diferencial com tendinite calcária e capsulite adesiva é fundamental. Uma peculiaridade da condromatose

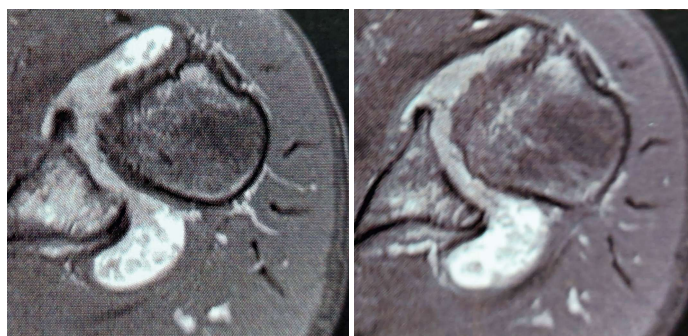


Figura 4. Imagens em T2 do corte axial da ressonância magnética do ombro esquerdo, evidenciando intensa sinovite, erosão da cabeça umeral e glenoide, e múltiplos corpos livres.

sinovial do ombro é que ela pode ocorrer em mais de um espaço simultaneamente: articulação glenoumeral, espaço subacromial e bainha do tendão do cabo longo do bíceps. Além disso, os pacientes podem apresentar lesões do manguito rotador e osteoartrite como consequência da doença^{5 6}.

O método de imagem utilizado inicialmente no diagnóstico da condromatose sinovial é a radiografia simples, na qual frequentemente é possível observar múltiplas formações nodulares calcificadas, de formato semelhante, bem distribuídas pela articulação. Também é possível notar se há erosão óssea. Como, porém, o início dos sintomas pode preceder o tempo da calcificação das lesões, o diagnóstico precoce pode ser feito com exames de imagem mais avançados, como por exemplo a ressonância magnética, que tem boa qualidade para avaliar tecidos sinoviais. Especificamente no ombro, esse exame também permite a avaliação da integridade dos tendões do manguito rotador^{1 2 5}.

O tratamento de escolha nos pacientes sintomáticos consiste, de modo geral, na remoção dos corpos livres, associada ou não à sinovectomia total, o que ainda é motivo de controvérsia. A cirurgia pode ser realizada por via aberta ou artroscópica, esta última geralmente sendo a preferida por permitir boa visualização articular e ocasionar menor morbidade ao paciente^{1 7}. Como apresentado no caso e já relatado na literatura, nos casos em que a doença se encontra em estado avançado e já há destruição articular, é possível realizar artroplastia⁸.

Apesar de raro, um dos desfechos mais temidos da condromatose sinovial é a transformação maligna em condrossarcoma, que ocorre em cerca de 1 a 10% dos pacientes. Já a recorrência é mais comum, em 15 a 25% dos casos. A diferenciação entre a condromatose benigna e o condrossarcoma secundário a ela é desafiadora tanto em aspectos clínicos quanto histológicos. Achados objetivos de malignização incluem invasão medular óssea na imagem ou histologia, e achados patológicos condizentes com condrossarcoma grau II ou III. Outras características que também podem sugerir malignização são a progressão rápida da dor, recorrência local até 12 meses após ressecção da lesão, infiltração tumoral de partes moles e lesão de tamanho grande. A avaliação e diagnóstico adequados dependem da correlação precisa entre achados clínicos, radiográficos e histológicos⁹.

Apesar de ser uma condição benigna, a condromatose

sinovial pode apresentar um desfecho desfavorável se não tratada de maneira precoce e adequada, podendo evoluir com destruição da articulação acometida, dor crônica e até mesmo transformação maligna. Além disso, é uma doença incomum e sua apresentação nem sempre se dá de maneira típica, exigindo ainda mais atenção do médico ao cogitar tal diagnóstico. Sendo assim, a condromatose sinovial ou casos suspeitos devem ser manejados com bastante esmero, buscando obtermos o melhor desfecho possível para nossos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Neumann JA, Garrigues GE, Brigman BE, Eward WC. Synovial Chondromatosis. *JBJS Rev.* 2016;4(5):e2. doi:10.2106/JBJS.RVW.0.00054
2. Murphey MD, Vidal JA, Fanburg-Smith JC, Gajewski DA. Imaging of synovial chondromatosis with radiologic-pathologic correlation. *Radiographics.* 2007;27(5):1465-1488. doi:10.1148/rg.275075116
3. Brasil Filho R, Filardi Filho C, Menitti E, Baptista M, Daher S. Condromatose sinovial: relato de um caso. *Rev Bras Ortop.* 1997;32. https://cdn.publisher.gn1.link/rbo.org.br/pdf/32-11/1997_nov_30.pdf
4. Levine BD, Motamedi K, Seeger LL. Synovial Tumors and Proliferative Diseases. *Rheum Dis Clin North Am.* 2016;42(4):753-768. doi:10.1016/j.rdc.2016.07.008
5. Ho YY, Choueka J. Synovial chondromatosis of the upper extremity. *J Hand Surg Am.* 2013;38(4):804-810. doi:10.1016/j.jhsa.2013.01.041
6. Liu B, Kim SH, Jang YH, *et al.* Synovial Osteochondromatosis: Clinical Characteristics Unique to the Shoulder. *Clin Orthop Surg.* 2023;15(1):118-126. doi:10.4055/cios22078
7. Park JP, Marwan Y, Alfayez SM, Burman ML, Martineau PA. Arthroscopic management of synovial chondromatosis of the shoulder: a systematic review of literature. *Shoulder Elbow.* 2022;14(1 Suppl):5-15. doi:10.1177/1758573220977205
8. Kreines A, McMillan S, Ford E, Dingle A. Reverse Total Shoulder Arthroplasty for the Treatment of Synovial Chondromatosis: A Case Report and Review of the Literature. *Arch Bone Jt Surg.* 2017;5(2):117-120.
9. Ng VY, Louie P, Punt S, Conrad EU. Malignant Transformation of Synovial Chondromatosis: A Systematic Review. *Open Orthop J.* 2017; 11:517-524. Published 2017 May 31. doi:10.2174/1874325001711010517