

CONDROMATOSE SINOVIAL DO QUADRIL: RELATO DE CASO

HIP SYNOVIAL CHONDROMATOSIS: CASE REPORT

THATIANY DIAS FONSECA TORQUATO, LENONARDO GOULART BRASILEIRO, LEANDRO ALVES DE OLIVEIRA,
LUCIANO LUCINDO DA SILVA, FREDERICO BARRA DE MORAES

RESUMO

O objetivo desse trabalho é relatar um caso raro de condromatose sinovial na articulação do quadril, discutir seus aspectos clínicos tanto no diagnóstico quanto nas formas de tratamento cirúrgico. Paciente masculino, 39 anos, com dor articular em quadril esquerdo de caráter mecânico, sem trauma prévio, iniciado há 18 meses com limitação progressiva da amplitude de movimento. Teste de Fadir positivo e Patrick Fabere negativo. Ressonância magnética de quadril evidenciando distúrbio sinovial á esquerda, múltiplas pequenas lesões nodulares, associados a osteíte do acetábulo, compatível com artropatia inflamatória granulomatosa crônica. Realizada artrotomia de quadril esquerdo com nodulações esbranquiçadas de aspecto cartilaginoso. A biópsia de sinovial evidenciou tecido fibroconjuntivo frouxo, com proliferação de pequenos vasos ectásicos e congestos (sinóvia com ectasia e congestão vascular). Os nódulos foram descritos como tecido cartilaginoso hiper celular em processo de calcificação endocondrial (condromatose sinovial), sem sinais de malignidade. No seguimento paciente melhorou a dor, permanecendo sem recidiva do quadro.

DESCRITORES: CONDROMATOSE SINOVIAL; MONOARTRITE; ARTROTOMIA DO QUADRIL.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to report a rare case of synovial chondromatosis in the hip joint, to discuss its clinical aspects both in diagnosis and in the forms of surgical treatment. A 39-year-old male patient with mechanical left hip pain without previous trauma, started 18 months ago with progressive limitation of range of motion. Fadir positive test and Patrick Fabere negative. Magnetic resonance imaging of the hip showing left synovial disorder, multiple small nodular lesions associated with acetabulum osteitis, compatible with chronic granulomatous inflammatory arthropathy. Left hip arthrotomy was performed with whitish cartilaginous nodules. Synovial biopsy revealed loose fibroconjunctive tissue, with proliferation of small ectasic vessels and congestion (synovium with ectasia and vascular congestion). The nodules were described as hypercellular cartilaginous tissue in the process of endochondral calcification (synovial chondromatosis), with no signs of malignancy. Patient follow-up improved the pain, remaining without recurrence of the condition.

KEY WORDS: SYNOVIAL CHONDROMATOSIS; MONOARTHRITIS; HIP ARTHROTOMY.

INTRODUÇÃO

A condromatose sinovial é uma doença rara, relatada pela primeira vez em 1813 por Leannac ⁽¹⁾, caracterizada pela formação de corpos cartilaginosos oriundos de alterações proliferativas na membrana sinovial das articulações, bainhas de tendões e bursas. Esta proliferação ocorre nas células mesenquimais dos tecidos conjuntivo subintimal, que sofrem metaplasia cartilaginosa ⁽²⁻⁵⁾.

A prevalência exata da condromatose de quadril é desconhecida. Ocorre uma preferência pelo sexo masculino, duas a quatro vezes em relação ao feminino, com idade entre 20 a 40 anos. A clínica é inespecífica com dor na articulação coxo-

femoral unilateral, podendo ser inguinal, com diminuição da amplitude de movimento, raramente cursa com crepitação e bloqueio articular. A radiografia de bacia anteroposterior pode não detectar os condromas, somente os osteocondromas, chegando há uma falha diagnóstica em até 48% ⁽⁴⁻⁷⁾.

Os achados radiológicos mais frequentes são calcificações intra-articulares e alargamento da articulação do quadril. Encontra-se também erosão óssea, imagem de subtração óssea ao nível do colo, osteopenia justa articular, e em uma fase mais tardia, esclerose, osteófitos e diminuição da linha interarticular. A Ressonância Magnética (RM) é uma opção não invasiva com maior acurácia, pois avalia tendões, ligamentos, lábio acetabular e cartilagem ⁽⁴⁻⁶⁾.

INSTITUIÇÃO

Liga do Trauma da Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Goiás.

Há na literatura relatos de que o tempo médio entre início dos sintomas e o diagnóstico seria de 30 a 38 meses ⁽⁴⁾. O diagnóstico tardio e o tratamento conservador levam à osteoartrose precoce de quadril, antecipando a artroplastia total de quadril ⁽⁷⁾. O objetivo desse trabalho é relatar um caso raro de condromatose sinovial na articulação do quadril, discutir seus aspectos clínicos tanto no diagnóstico quanto nas formas de tratamento cirúrgico.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 39 anos, natural de Bagé-RS, procedente de Goiânia, agricultor, encaminhado ao reumatologista com dor articular em quadril esquerdo de caráter mecânico, sem trauma prévio, iniciado há 18 meses com limitação progressiva da amplitude de movimento. Melhora parcial com anti-inflamatórios não hormonais.

Ao exame físico apresentou Teste de Fadir positivo (dor ao fazer a flexão, adução e rotação interna do quadril rodando o pé para fora) e Patrick Fabere negativo (ausência de dor ao flexionar o joelho, em rotação externa do quadril, apoiando o pé no joelho oposto, estabilizando a pélvis oposta, fazendo pressão para baixo na dobra do joelho flexionado). Paciente já possuía RM de quadril evidenciando disfunção sinovial esquerda, múltiplas pequenas lesões nodulares, associados a osteíte do acetábulo, compatível com artropatia inflamatória granulomatosa crônica (figura 1).

Solicitada avaliação do grupo do quadril da ortopedia que avaliando o paciente e o achado radiológico, diagnosticou a condromatose sinovial e decidiu pela artrotomia de quadril esquerdo. No intraoperatório, após abertura da cápsula articular, retirou-se inúmeras nodulações esbranquiçadas de aspecto cartilaginoso. Com a luxação do quadril, visualizou-se o acetábulo com inúmeras lesões líticas e a cabeça do fêmur íntegra (figura 2).

A biópsia de sinovial evidenciou tecido fibroconjuntivo frouxo, com proliferação de pequenos vasos ectásicos e congestos (sinóvia com ectasia e congestão vascular). Os nódulos foram descritos como tecido cartilaginoso hiper celular em processo de calcificação endocondrial (condromatose sinovial) sem sinais de malignidade nos cortes examinados.

No seguimento pós-operatório paciente melhorou a dor, permanecendo sem carga por dois meses, recuperando gradualmente a amplitude de movimento, sem sequelas. A radiografia de quadril anteroposterior de controle apresentou sinais de esclerose do acetábulo com diminuição dos espaços articulares, notadamente a esquerda. Até o presente momento não apresentou recidiva do quadro.

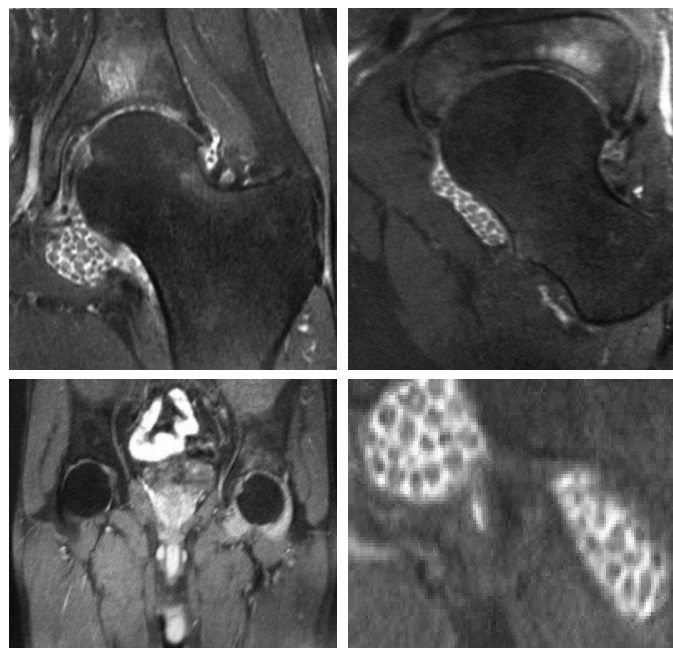


Figura 1 – Ressonância Magnética do quadril esquerdo ponderada em T2, com artropatia inflamatória e comprometimento sinovial, com múltiplas pequenas lesões nodulares, associados a osteíte do acetábulo, corte coronal (A), sagital (B), coronal pélve (C) e axial (D).

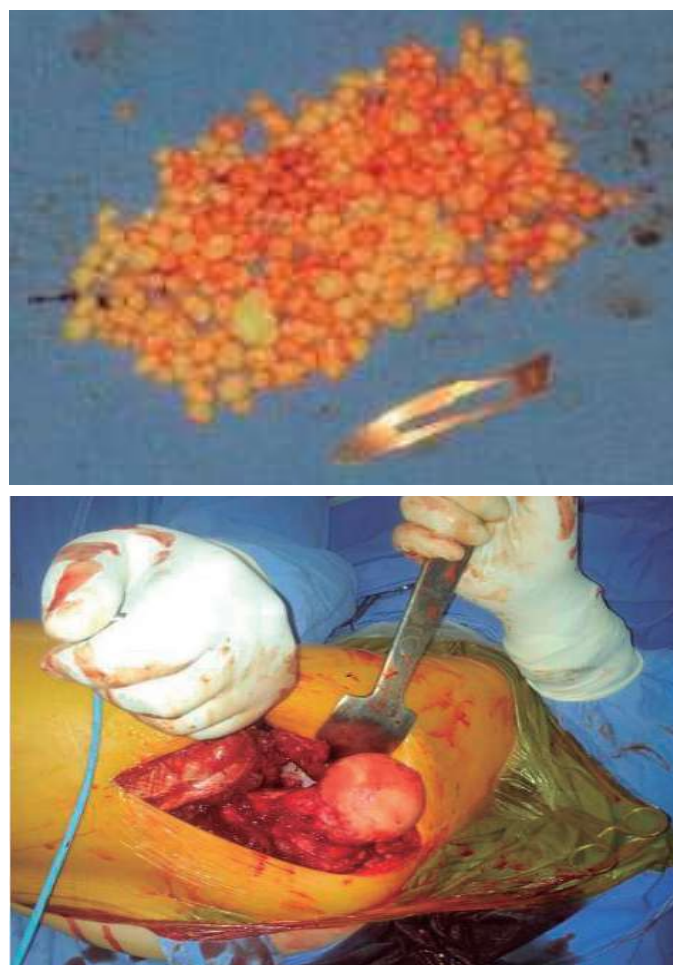


Figura 2 – Aspecto intra-operatório da artrotomia, com nodulações esbranquiçadas de aspecto cartilaginoso (A), e após luxação do quadril esquerdo para ampla abordagem das lesões (B).

DISCUSSÃO

A condromatose sinovial é descrita como primária quando a metaplasia ocorre dentro da membrana sinovial e os nódulos cartilagosos se desprendem da sinóvia para formar corpos livres intra-articulares. E como secundária, quando os nódulos cartilagosos são reativos, relacionados à doença articular degenerativa, como na osteocondrite dissecante, na artrite reumatoide e no trauma ⁽¹⁾.

Milgram em 1977 classificou em três fases: inicial (doença ativa intrasinovial sem corpos livres), intermediária (doença ativa com condromas livres intraarticulares) e tardia (condromas livres, mas a sinóvia não proliferativa) ^(3,4). Devido ao caráter autolimitado e o baixo potencial de malignização (2,5%), define-se como uma neoplasia benigna ⁽²⁾. O somente com histopatológico pode-se diferenciar condromatose sinovial do condrossarcoma. A recorrência pode estar associada a não detecção da condromatose da bainha do tendão ou retirada incompleta de corpos articulares. Apresenta-se na maioria dos casos como doença monoarticular, acometendo principalmente joelho, depois quadril, ombro, cotovelo e punho, porém toda articulação com membrana sinovial pode apresentar tais alterações ^(4,5).

Apresenta como diagnóstico diferencial, dentre outras doenças, com o impacto fêmoro-acetabular (IFA), que é muito mais frequente ⁽⁴⁾. Essas doenças podem também estar associadas, pois os condromas geram um desvio do eixo da cabeça do fêmur, perdendo a concavidade de transição cabeça e no colo femoral, propiciando o impacto na cartilagem acetabular levando a erosão condral (efeito tipo Came) ^(8,9). Ambas doenças acometem homens jovens com idade menor que 50 anos, o quadro clínico é variável, mas os pacientes muitas vezes relatam início gradual da dor na virilha ou dor na nádega e diminuição da amplitude de movimento do quadril, onde os padrões de marcha podem variar de normal a ligeiramente antálgico ⁽⁴⁻⁹⁾.

O tratamento do impacto tipo “Came” vai depender da avaliação cuidadosa do paciente como idade e peso, nível de atividade, e dos resultados dos exames físicos e de imagem. Seu objetivo é minimizar os sintomas e diminuir a dor com a finalidade de restaurar a articulação com o potencial benefício a longo prazo sobre a prevenção da artrose ⁽⁹⁾. Porém, quando há associação de condromatose de quadril e impacto femoroacetabular, o tratamento recomendado é a luxação cirúrgica do quadril acometido, retirada de corpos livres e remodelação da junção cabeça-colo femoral (artroplastia total de quadril). Devido à idade com que essas doenças acometem os pacientes, é imprescindível o diagnóstico precoce para evitar a degeneração da cartilagem e o mau prognóstico ^(9,10).

A cirurgia é o tratamento de escolha na condromatose sinovial, podendo ser por via artroscópica, o que permite um

adequado desbridamento cirúrgico sinovial, sinovectomia e retirada de corpos livres com até 10 milímetros de diâmetro, porém com limitação ao compartimento posterior da articulação; ou por artrotomia aberta, indicada por permitir o acesso a todo compartimento periférico articular, mas expõe o paciente a um risco maior de complicações peri-operatórias, maior morbimortalidade, podendo comprometer a perfusão da cabeça femoral ⁽⁷⁻⁹⁾.

REFERÊNCIAS

1. Biazio A; Confalonieri N. Synovial chondrosarcoma. *An Transl. Med.* 2016 Aug; 4 (15): 280.
2. Mc Carthy C; Anderson WJ; Vlychout M; Inagaki Y; Whitwell D; Gibbous CL; Athanasou NA. Primary synovial chondromatosis: a reassessment of malignant potential in 155 cases. *Skeletal Radiol.* 2016 Jun; 45 (6): 755-62.
3. Sanchez-Munoz E; Prado MÁ; Martinho GM; Pérez YG; Miró RL. Condromatose sinovial do ombro: descrição de dois casos e revisão da literatura. *Rev Port Traum.* 2014; 22 (3): 406-14.
4. Aguiar T; Gonçalves S; Dantas P; Amaral L. Tratamento artroscópico da condromatose sinovial primária da anca. *R Port Ort Tra* 2014; 22 (1): 34-40.
5. Lasmar NP; Vieira RB; Rosa JO; Lasmar RCP; Scarpa AC. Condromatose sinovial. *Rev Bras Ortop* 2010; 45 (5): 490-2.
6. Nunes RB; Amaral DT; Oliveira VS. Propedêutica radiológica do impacto femoroacetabular em tempos de tomografia computadorizada e ressonância magnética: o que o radiologista precisa saber. *Rad Bras.* 2011; 44 (4): 249-55.
7. Marchie A; Panuncialman I; Mc Carthy JC. Efficacy of hip arthroscopy in the management of synovial chondromatosis. *A J Spor Med.* 2011; 39: 1265-315.
8. Abolghasemian M; Gharanzadeh K; Kuzyk P; Masdari Z; Fakharian M; Safir O. Hips with synovial chondromatosis may display the features of femoroacetabular impingement. *J Bone Joint Surg Am.* 2014 Jan; 15: 96-8.
9. Amanatullah DF; Antkowiak T; Pillay K; Patel J; Refaat M; Toupadakis CA; Jamial AA. Femoroacetabular impingement current concepts in diagnosis and treatment. *Ortopedia.* 2015 Mar; 38 (3): 185-99.
10. Fukui K; Kaneuji A; Amaya S; Matsumoto T. Synovial osteochondromatosis of the hip with femoroacetabular impingement and osteoarthritis: a case report. *J Orthop Surg (Hong Kong).* 2013 Apr; 21 (1): 117-21.