



RELATO DE CASO

OSTEÍTE CONDENSANTE DE CLAVÍCULA CONDENSING OSTEITIS OF THE CLAVICLE

Paulo Sergio Martins Castelo Branco¹
Mauricio Cardoso Ribeiro Junior
Isaac Sirota Rotbade
Celso Ricardo Correa de Mello Silva
Sergio Augusto Lopes de Souza
Douglas Santos

RESUMO

Relata-se nesse trabalho um caso de osteíte condensante de clavícula em uma mulher de 28 anos, com historia de estresse articular constante e intenso pela pratica esportiva de treinamento de força, sem referência a traumas nessa topografia. Os exames laboratoriais e de imagem não confirmam outros diagnósticos diferenciais.

Palavras-chave: Osteíte.Clavícula.

ABSTRACT

This paper reports a case of condensing osteitis of the clavicle in a woman of 28 years, with constant articular stress and intense practice of sports, without reference to trauma in this topography. Laboratory and imaging tests do not confirm other differential diagnoses.

Keywords: Osteitis. Clavicle.

INTRODUÇÃO

A osteíte condensante da clavícula é uma condição benigna e rara com sinais e sintomas similares a outras doenças, mais bem documentadas na literatura médica, levando alguns autores a desacredita-la como uma condição patológica própria^[1]. Não existem sinais patognômicos, uma das razões de seu diagnóstico frequentemente ser estabelecido por exclusão de outras afecções. Descrita pela primeira vez em 1974 por Brower e colaboradores, é uma doença de baixa incidência na população^[2], em uma série de 5674 casos de atendimentos envolvendo queixas na localização estenoclavicular, Bell, diagnosticou 9 casos (0.16%) como sendo osteíte condensante de clavícula, destes, 8 em mulheres e 1 em homem, mostrando como em outros relatos, a ocorrência preferencial no sexo feminino, tendo este autor estabelecido como critério para o diagnóstico, Tomografia

¹ Trabalho desenvolvido na Casa de Saúde Nossa Senhora do Carmo, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: pscastelobranco@gmail.com.



computadorizada (TC) sem evidências de infecção ou tumor na região medial clavicular ou osteoartrite na junção esternoclavicular ^[3], ausência de lesões líticas e ausência de reações periostiais, com evidência de esclerose homogênea da medular, e correlação com a clínica e com a história ^[2]. Esses achados associados a outros dados semiológicos, confirmam a doença ^[4]. Essa afecção determina sinais flogísticos na região esternoclavicular com limitação variável do complexo do ombro. Clinicamente o paciente apresenta dor intensa na articulação esternoclavicular com comprometimento da abdução do braço e irradiação algica para ombro, trapézio e braço. Na história social verifica-se como elemento comum a maioria dos casos, atividades esportivas intensas praticadas por mulheres jovens ^[5]. A referência a traumatismo de alta energia não ocorre com frequência, sendo considerada uma doença idiopática relacionada ao estresse constante na porção medial da clavícula ^[6,7]. Suas causas não são perfeitamente conhecidas, atribuindo-se a repetição de movimentos e a traumas locais repetitivos de baixa energia, sua gênese ^[4]. Artrite esternoclavicular, artrite séptica esternoclavicular, osteomielite crônica, doença de Friedrich, neoplasias na topografia esternoclavicular, estão dentre os possíveis diagnósticos diferenciais ^[1]. Radiologicamente, observa-se osteoesclerose na porção medial da clavícula ^[8]. Biopsia por vezes são solicitadas para descartar a possibilidade de neoplasias em processos iniciais, onde os métodos de imagem ainda não são capazes de identificar alterações morfológicas neoplásicas, sendo o resultado, invariavelmente, compatível com processo inflamatório inespecífico ^[2]. O objetivo desse trabalho é relatar a ocorrência de osteíte condensante de clavícula em uma mulher de 28 anos, com história de estresse constante e intenso pela prática desportiva de treinamento de força, com sintomatologia de dor e impotência funcional em membro superior com edema na clavícula e articulação esternoclavicular direita.

RELATO DO CASO

Paciente, sexo feminino, 28 anos, com dor em articulação esternoclavicular direita. Ao exame clínico - ortopédico o paciente apresentava edema e hiperemia nessa mesma topografia (FIG.1 A), dor incapacitante para abdução do ombro homolateral com irradiação para trapézio e braço direitos com duração superior a 20 dias.



FIG.1 – A: edema e hiperemia em topografia de articulação esterno clavicular direita; B cicatriz hipertrofica sem sinais de flogose em articulação esternoclavicular direita após 12 meses de acompanhamento.

Na anamnese negou evento traumático, intervenções cirúrgicas ou doenças conhecidas relacionadas a esse segmento corporal. Não executa atividade laborativa que sobrecarregue os membros superiores, entretanto é atleta amadora com atividade esportiva intensa relacionada a levantamento de pesos. Foi admitida no serviço para analgesia e investigação diagnóstica. A reconstrução 3D da TC da articulação esterno-clavicular direita mostra áreas de rarefação óssea com perda dos limites da cortical no manúbrio esternal (FIG. 2A). Os exames laboratoriais demonstraram alterações em relação aos parâmetros de normalidade para os seguintes itens: PCR 83,70 mg/L; VHS 112; leucitos 17,64 mil/mm³, sendo o hemograma inocente. Solicitado parecer e conduta ao serviço de cirurgia torácica, que abordou cirurgicamente a área de interesse para inspeção e coleta de material para análise histopatológica, sendo o resultado compatível com processo inflamatório inespecífico.

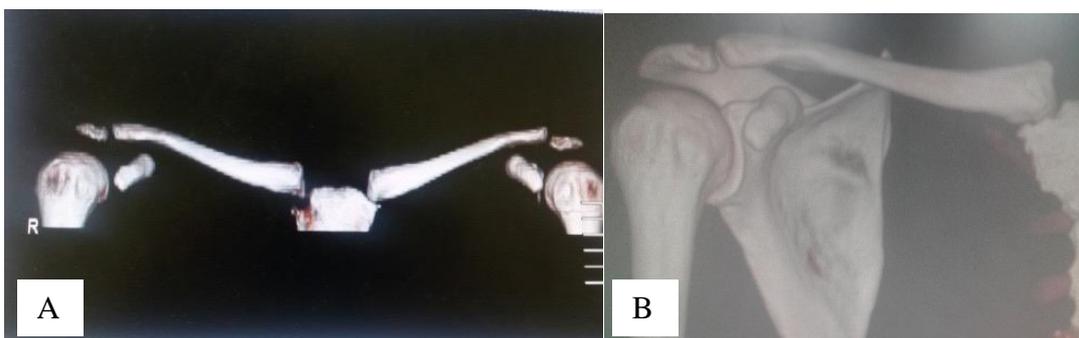


FIG.2: A – Tomografia computadorizada da articulação esternoclavicular direita evidenciando esclerose do manúbrio e da extremidade inferomedial da claviula direita; B: Tomografia computadorizada da articulação esternoclavicular direita sem alterações dignas de nota após 12 meses de acompanhamento.



Cintilografia óssea demonstrou hipercaptação em articulação esternoclavicular direita e distribuição homogênea no restante do esqueleto (FIG.3), assim como a fusão do SPECT com a TC para determinação anatômica da captação fisiológica do radiofármacos utilizado (FIG.4).

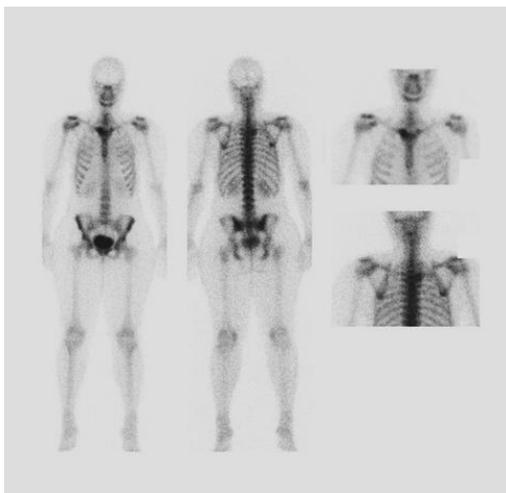


FIG.3 – cintilografia óssea de corpo inteiro e spot de tórax mostrando hipercaptação em articulação esternoclavicular direita, com captação normal no restante do esqueleto.

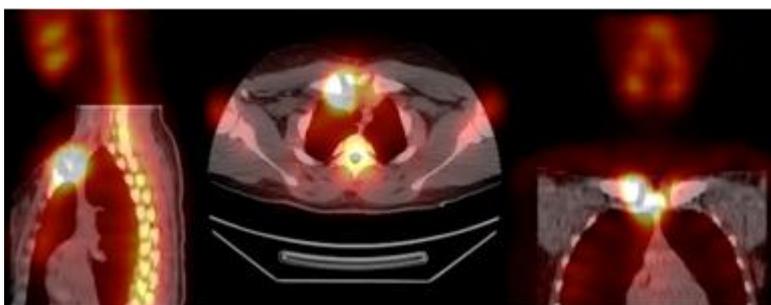


FIG. 4 - Fusão da cintilografia (SPECT) com a TC evidenciando hipercaptação em topografia de articulação esternoclavicular direita.

A paciente permaneceu em acompanhamento ambulatorial, com 12 meses de segmento desde sua internação, com melhora gradual e retorno as suas atividades habituais sem restrições para uso do membro ou diminuição da força. Atualmente esta assintomática, entretanto apresenta cicatriz hipertrofica em topografia de sítio utilizado para biopsia (FIG.1B). Exames laboratoriais com intervalo de 12 meses em relação aos primeiros (hemograma, vhs, pcr) não apresentam alterações dignas de nota. Tomografia computadorizada de ombro direito evidencia articulação esternoclaviulare direita sem alterações(FIG. 2B). Cintilografia óssea demonstrou diminuição quantitativa e qualitativa significativas entre os exames realizados em 2015 e 1016, na topografia esternoclavicular direita

(FIG.4) A diferença quantitativa entre a primeira a segunda cintilografia foi reduzida em 80%, o que demonstra, na distribuição mais recente, captação semelhante a da fisiologia normal.

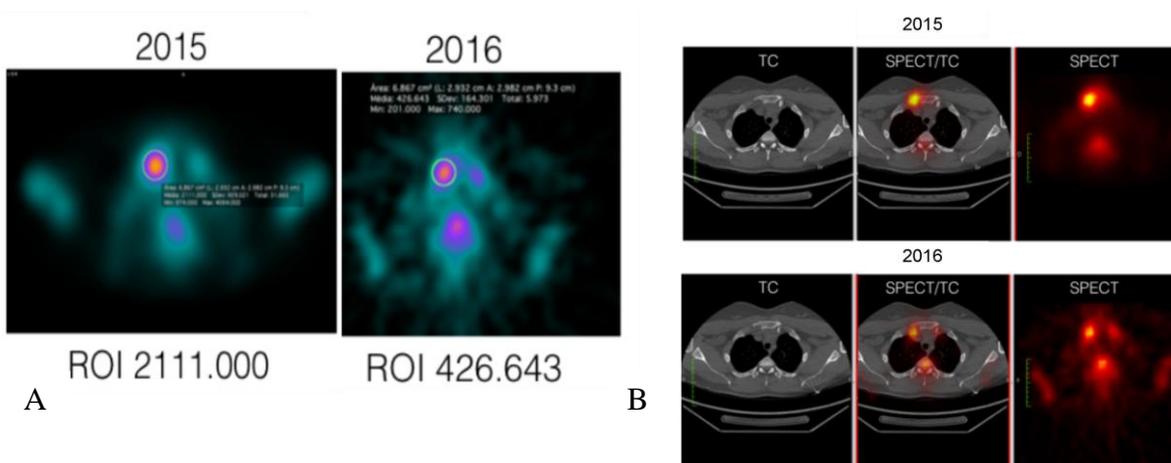


FIG.5 – A: aspecto quantitativo e B: quantitativo da distribuição do radiofarmaco em cintilografia óssea com fusão com tomografia computadorizada realizadas em 2015 e 2016.

DISCUSSÃO

Trata-se de doença rara e sua existência como entidade clinica isolada chega a ser negada por alguns autores^[1]. Desde sua primeira descrição em 1974, ainda não foram relatados mais de 100 casos, sendo as mulheres mais acometidas do que os homens, situação que não se explica, pois não há correlação com aspectos hormonais^[2]. Seu diagnostico carece de aspecto singular, sendo a reunião de várias manifestações o elemento necessário a sua caracterização, sendo o achado da TC o fator principal. O diagnostico é feito por eliminação de outras possibilidades. A sintomatologia inespecífica, clinicamente, dificulta o diagnóstico, sendo a investigação laboratorial e por recursos de imagem, importantes para afastar causas infecciosas e neoplásicas^[3, 4]. Na série histórica, a menção a traumatismo não é significativa epidemiologicamente, nesse sentido tem mais importância o estresse articular por repetição de movimentos associados a exercício intensos^[5]. O caso apresentado possui aspectos clínicos, laboratoriais, histopatológicos e de imagem que excluem vários diagnósticos diferenciais e não remetem a nenhuma causa especifica. Extraiu-se da anamnese relato de uso excessivo do membro superior associado treino de força, surgimento insidioso dos sinais e sintomas por período prolongado. Esses dados são semelhantes aos encontrados nos outros casos relatados na literatura, permitindo determinar tratar-se de osteíte condensante de clavícula.

**REFERENCIAS**

1. Greenspan A, Gerscovich E, Szabo R M, Matthews II, J G. Condensing Osteitis of the clavicle: a rare but frequently misdiagnosed condition . AJR.1991:1011-1015.
2. Vierboom M A C, Steinberg J D J, Mooyaart E L, Van Rijswijk M H. Condensing osteitis of the clavicle: magnetic resonance imaging as an adjunct method for differential diagnosis. Annals of the Reumatic Diseases 1992;51:539-541.
3. Sng KK, Chan BK, Chakrabarti AJ, Bell SN. Condensing Osteitis of the medial clavicle - an intermediate-term follow-up. Annals Academy of Medicine. 2004, vol 33 nº4
4. Gonzalez P G, Fernandez A M, Suarez Y L, Redondo J C P, Mazon A M. Osteitis condensante de clavícula. Rev. Esp Cir Osteoart. 1994; 29: 265-268.
5. Altiook IB, Tokmak M, Akman T, Alkan B, Cosar M. Condensing osteitis of the clavicle in a man: any relationship with tooth decay? J Pak Med Assoc. 2014 May;64(5):583-5.
6. Imran MB, Othman S. Bilateral condensing osteitis of clavicles: differential diagnosis of an unusual case. Rheumatol Int. 2012 Sep;32(9):2921-3.
7. Hsu CY, Frassica F, McFarland EG. Condensing osteitis of the clavicle: case report and review of the literature. Am J Orthop. 1998 Jun;27(6):445-7.
8. Rand T, Schweitzer M, Rafii M, Nguyen K, Garcia M, Resnick D. Condensing osteitis of the clavicle: MRI. J Comput Assist Tomogr. 1998 Jul-Aug;22(4):621-4.