

Osteocondrite dissecante do capitelo

A osteocondrite dissecante do capitelo afeta a parte externa do cotovelo em jovens arremessadores e ginastas, devido à carga repetitiva sobre a superfície articular.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

O que você está sentindo

Geralmente, isso se manifesta como uma dor surda e latejante na parte externa do cotovelo, sendo difícil apontar exatamente onde está a dor. Ela tende a piorar com a atividade física, especialmente ao arremessar, praticar ginástica ou qualquer movimento que sobrecarregue o braço, e melhora com o repouso. Muitos atletas jovens percebem que não conseguem mais estender completamente o cotovelo; essa perda dos últimos graus de extensão é comum e muitas vezes aparece antes de a dor se tornar um problema real.

Se um pedaço da superfície articular começar a se soltar, o cotovelo pode começar a travar, “clicar” ou apresentar sensação de bloqueio, além de inchar após a atividade física. Um verdadeiro episódio de travamento (quando o cotovelo fica imóvel por alguns instantes) geralmente indica que um pequeno fragmento de cartilagem e osso se desprende e está flutuando dentro da articulação. Essa condição afeta principalmente adolescentes que praticam arremessos (beisebol, críquete) ou ginástica, nos quais o lado externo do cotovelo sofre impactos repetidos.

O que está realmente acontecendo

A metade externa do cotovelo é uma protuberância óssea arredondada chamada **capitelo**, coberta por cartilagem lisa. Com cargas pesadas e repetidas sobre um cotovelo em crescimento, um pequeno trecho ósseo logo abaixo dessa cartilagem pode perder seu suprimento sanguíneo e começar a amolecer. Isso é **ostecondrite dissecante**, ou OCD. A cartilagem sobreposta pode permanecer intacta e cicatrizar, ou então esse trecho pode rachar, levantar e, por fim, se separar, formando um **corpo solto**.

Tenha cuidado para não confundir isso com uma condição infantil mais leve e autocorretiva chamada **doença de Panner**, que afeta crianças menores (geralmente com menos de 10 anos), melhora espontaneamente com repouso e não deixa danos permanentes. A verdadeira OCD ocorre em crianças mais velhas e adolescentes, podendo causar danos articulares permanentes caso um fragmento se solte.

O estado da cartilagem é extremamente importante. Uma lesão **estável** (cartilagem ainda firmemente aderida, placas de crescimento ainda abertas) tem boas chances de cicatrizar apenas com repouso. Já uma lesão **instável** (rachada, levantada ou já solta) geralmente não cicatriza sozinha e costuma necessitar de cirurgia.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara lidera nosso serviço de cirurgia de membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton, onde orientamos os pacientes desde o encaminhamento inicial pelo médico clínico geral até uma avaliação detalhada do histórico clínico, exame físico e exames de imagem. Nos casos de problemas crônicos no cotovelo, geralmente iniciamos com tratamento não cirúrgico e só recorremos à cirurgia caso o repouso e a reabilitação não proporcionem alívio suficiente.

O primeiro e mais importante passo para lesões estáveis é simplesmente **parar com as atividades que as agravam** (nada de arremessos, nem de carregar peso com o braço) por vários meses; somente após a cicatrização óssea ser comprovada por exames é que se pode retomar as atividades gradualmente. Em atletas mais jovens, cujas placas de crescimento ainda estão abertas, muitas dessas lesões curam completamente dessa forma. O repouso não significa “não fazer nada”; ele é, na verdade, o tratamento.

Quando a lesão é instável, já gerou um corpo solto ou não melhora com o repouso, a cirurgia costuma ser indicada. Na maioria dos casos, ela é realizada por meio de **cirurgia artroscópica**. A técnica escolhida depende das características da lesão:

- **Ajuste e estimulação da cicatrização:** remoção do fragmento danificado e realização de pequenos orifícios no osso exposto (microfratura), de modo a favorecer a formação de tecido novo. Essa abordagem é bastante eficaz para lesões menores.
- **Fixação do fragmento no lugar:** se o fragmento solto for grande e de boa qualidade, às vezes é possível fixá-lo novamente com pinos ou parafusos.
- **Revestimento do defeito:** em lesões maiores, especialmente aquelas na borda da articulação, podem ser transplantados enxertos de cartilagem e osso saudáveis para reconstruir a superfície articular.

O cirurgião decide qual dessas opções adotar com base no tamanho e localização da lesão, além da possibilidade de preservação da cartilagem; geralmente, essa decisão é orientada por um exame de ressonância magnética.

O que esperar

O prognóstico é geralmente bom, especialmente quando o problema é detectado precocemente e a lesão ainda está estável. Muitos pacientes jovens com lesões estáveis curam-se com repouso e retornam às suas atividades esportivas. Após a cirurgia para lesões instáveis, a maioria dos pacientes obtém bom alívio da dor e uma

recuperação significativa da mobilidade; a maior parte dos atletas consegue voltar ao esporte, embora isso possa levar vários meses e exigir um programa de reabilitação estruturado.

Algumas ressalvas importantes: lesões maiores, aquelas que atingem a borda externa da articulação, e cotovelos em que as placas de crescimento já se fecharam tendem a ter um prognóstico pior e são mais propensas a necessitar de cirurgia. Pode haver alguma perda da extensão total do cotovelo; a longo prazo, uma lesão significativa pode aumentar ligeiramente o risco de desenvolver artrite no cotovelo mais tarde na vida. É exatamente por isso que o reconhecimento precoce e a proteção da articulação são tão importantes.

Quando procurar um especialista

- **Dor persistente na parte externa do cotovelo em jovens atletas que lançam ou praticam ginástica**, que não melhora após uma ou duas semanas de repouso; procure avaliação antes de continuar com as atividades.
- **Perda da extensão total do cotovelo:** a incapacidade de esticar completamente o cotovelo é um sinal de alerta precoce que merece ser investigado.
- **Sensação de travamento, estalos ou o cotovelo “travar”:** isso indica que um fragmento ósseo pode ter se soltado, sendo necessária uma avaliação por imagem.
- **Inchaço após a atividade** que reaparece repetidamente.
- Qualquer um desses sintomas em atletas ainda em fase de crescimento requer atenção imediata, pois lesões detectadas enquanto as placas de crescimento ainda estão abertas têm maiores chances de cicatrizar sem necessidade de cirurgia.

Em maior profundidade

Esta seção aborda temas que vão além do necessário para suas próprias decisões de tratamento. A osteocondrite dissecante do capitúlo merece uma leitura mais aprofundada, pois trata-se, em grande parte, de uma doença silenciosa do cotovelo em desenvolvimento: quando finalmente causa dor suficiente para levar um jovem atleta à consulta médica, a lesão já costuma ter avançado além do ponto em que o tratamento mais simples é eficaz.

É MAIS COMUM DO QUE OS SINTOMAS SUGEREM

Os resultados dos exames de rastreamento contam uma história diferente daquela observada nas consultas clínicas. Entre **2.433** adolescentes que praticam beisebol, a prevalência de osteocondrite dissecante do côndilo humeral – incluindo casos latentes – foi de **3,4%**. Os atletas afetados começaram a praticar o esporte em idades mais precoces, treinaram por mais tempo e relataram maior incidência de dor no cotovelo [1].

A expressão “incluindo casos latentes” é fundamental aqui. Uma parcela significativa dessas lesões foi detectada apenas por meio do exame físico, e não porque os atletas as relataram; isso indica que a dor é um sinal tardio e pouco confiável nesse grupo de atletas, que, de qualquer forma, têm pouca tendência a mencionar esse tipo de desconforto.

O ATRASO ALTERA AS POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO

As consequências disso ficam evidentes nas opções terapêuticas. Em **258** adolescentes, **lesões avançadas foram observadas em pacientes com maior duração dos sintomas**; porém, uma vez que uma lesão exigia cirurgia, eram as especificidades do tratamento, e não a duração dos sintomas, que melhor se correlacionavam com o retorno ao esporte [2].

Dois achados radiográficos indicam que o tratamento não cirúrgico provavelmente falhará: **aumento do tamanho da cabeça do rádio e idade esquelética avançada no lado de arremesso em comparação com o lado não arremessador**; ambos estão associados a doença em estágio avançado em **245** pacientes [3]. Ambos descrevem um cotovelo que já sofreu remodelação sob a carga mecânica, o que é uma constatação estrutural, e não apenas sintomática.

Esse é o argumento para se realizar exames de imagem em jovens atletas que apresentam dor persistente no cotovelo, em vez de tratar o problema como mera lesão de tecidos moles; também justifica a importância de levar a sério qualquer diferença entre os lados do corpo.

PARA LESÕES ESTÁVEIS, A CIRURGIA MENOS INVASIVA É SUFICIENTE

Quando o fragmento está estável e o defeito é pequeno, a questão em debate é se basta apenas limpar o defeito ou se também é necessário perfurar o osso abaixo dele para estimular a formação de fibrocartilagem. Em **327** pacientes, **tanto o desbridamento quanto a microfratura resultaram em melhorias significativas** na dor, na amplitude de movimento, nos índices de resultado e no retorno às atividades esportivas. Como resultados a médio prazo comparáveis foram obtidos apenas com o desbridamento, este constitui uma abordagem razoável para defeitos relativamente pequenos [4].

EM CASOS MAIORES OU INSTÁVEIS, A EQUAÇÃO CLÍNICA MUDA

Quando o fragmento se desprende ou o defeito é grande, é necessário substituir a superfície lesionada em vez de apenas consertá-la, geralmente por meio da transferência de um enxerto de cartilagem e osso. Esse procedimento é eficaz, mas com uma ressalva importante.

Em um estudo com **492** pacientes, a taxa geral de retorno ao esporte após o tratamento cirúrgico foi alta; além disso, os pacientes apresentaram **maior probabilidade de voltar ao nível de desempenho pré-operatório após a transferência de enxerto osteocondral autólogo** do que após desbridamento ou fixação [5]. Contudo, uma revisão de **470** pacientes realizada em 2024, embora confirmando altas taxas de retorno ao esporte, constatou que os atletas devem ser orientados a **retornar com um nível de desempenho inferior ou a mudar de posição no time**, e que **a localização lateral da lesão pode prejudicar os resultados** [6].

Ambas as afirmações são verdadeiras simultaneamente; essa distinção é crucial para um atleta jovem: o retorno ao esporte é provável, mas o retorno à mesma função dentro do time não é garantido. O tamanho e a localização da lesão, e não a escolha entre os procedimentos cirúrgicos disponíveis, são os principais fatores que determinam o prognóstico.

REFERÊNCIAS

- [1] Kida Y, Morihara T, Kotoura Y, Hojo T, Tachiiri H, Sukenari T, et al. Prevalência e características clínicas da osteocondrite dissecante do capítelo humeral em adolescentes praticantes de beisebol. *Am J Sports Med*. 2014;42(8):1963-71. <https://doi.org/10.1177/0363546514536843>
- [2] Cheng C, Milewski MD, Nepple JJ, Reuman HS, Nissen CW. Papel preditivo da duração dos sintomas antes da apresentação clínica inicial em adolescentes com osteocondrite dissecante do capítelo na avaliação pré-operatória e pós-operatória: uma revisão sistemática. *Orthop J Sports Med*. 2019;7(2). <https://doi.org/10.1177/2325967118825059>
- [3] Funakoshi T, Furushima K, Miyamoto A, Kusano H, Horiuchi Y, Itoh Y. Preditores do insucesso do tratamento não cirúrgico da osteocondrite dissecante do capítelo. *Am J Sports Med*. 2019;47(11):2691-8. <https://doi.org/10.1177/0363546519863349>
- [4] McLaughlin RJ, Leland DP, Bernard CD, Sanchez-Sotelo J, Morrey ME, O'Driscoll SW, et al. Tanto o desbridamento quanto a microfratura produzem resultados excelentes no tratamento de lesões por osteocondrite dissecante do capítelo: uma revisão sistemática. *Arthrosc Sports Med Rehabil*. 2021;3(2):e593-e603. <https://doi.org/10.1016/j.asmr.2020.10.002>
- [5] Westermann RW, Hancock KJ, Buckwalter JA, Kopp B, Glass N, Wolf BR. Retorno ao esporte após tratamento cirúrgico da osteocondrite dissecante do capítelo: uma revisão sistemática e meta-análise. *Orthop J Sports Med*. 2016;4(6). <https://doi.org/10.1177/2325967116654651>
- [6] Lane G, Smith MV, Goldfarb CA, Coronado RA, Bowman EN. Resultados e retorno ao esporte após transplante autólogo osteocondral no tratamento da osteocondrite dissecante do capítelo: uma revisão sistemática. *JSES Rev Rep Tech*. 2024;4(3):563-70. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2024.02.011>