

Sôbre um caso de doença de Osgood-Schlatter *)

por

E. J. Kanan

Docente de Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica da Faculdade de
Medicina da Universidade de Porto Alegre

A presente comunicação tem por objetivo fazer ressaltar alguns pontos que se prestam a comentários. Não apresenta nenhuma novidade, nem tampouco originalidade. Mas, contém aspéctos dignos de estudos.

A doença de Lannelongue-Osgood-Schlatter é uma das tantas localizações do vasto capítulo das Osteocondroses de Crescimento, que continúa prendendo a atenção dos estudiosos da patologia óssea. Si a sua fisionomia clínica é bem conhecida, e a sua terapêutica a caminho duma solução satisfatória, entretanto, a sua etiopatogênia tem suscitado animadas controversias, como se pôde verificar pelas inúmeras teorias aventadas.

A observação que vou descrever mostra alguns aspéctos interessantes, que julguei oportuno divulgar, afim-de melhor estudá-los com os meus distintos colégas.

Em princípios do mês de Julho do ano passado, foi ao meu consultório o menino Antônio S., com 14 anos de idade, branco, brasileiro, colegial.

Contou-me, então, que há um ano precisamente, jogando foot-ball, recebeu uma batida sôbre o joelho esquerdo. Não chega a especificar bem a natureza e a séde do traumatismo, deixando em dúvida a localização exáta do trauma. Poucos dias após, a porção antero-superior da perna contundida, tornou-se edemaciada e de coloração vermelha-arroxeadas, com uma intensa reação dolorosa localizada, a ponto de não lhe permitir a flexão da perna. Passados alguns dias, o edema e a vermelhidão desapareceram, e a dôr amainou, si bem que era despertada violentamente tôdas as vezes que procurava fletir a perna ou tentava correr.

Tendo consultado vários colégas daqui e do Rio, e como o tratamento instituido (imobilização, massoterapia, ginástica, calcio e uviterapia, vitaminoterapia, etc) não tivesse dado o resultado desejado, pois, que continuava a sentir dôres e a não poder flexionar a perna, o paciente resolveu procurar-me para saber a minha opinião.

Nessa ocasião, o exame físico demonstrou a existência duma tumefação localizada na região tuberositária da tíbia esquerda, de consistência dura (óssea mesma), e muito dolorosa a pressão. Não havia

*) Comunicação feita á Soc. de Cirurgia de P. Alegre, na sessão de 19 de Setembro de 1940.

edema, nem vermelhidão. A flexão ativa da perna era limitada pela dôr despertada pelo movimento, não chegando a 45°. A extensão da perna, com resistência, era também dolorosa (sinal de Godoi Moreira).

Não havia mais nada digno de menção em relação ao caso clínico. Nos seus antecedentes mórbidos consta o sarampo, a coqueluche e a catapórea.

As radiografias tomadas seis meses depois do traumatismo (inicialmente a afecção foi considerada como uma simples contusão, etc.), revelaram o seguinte:

1) Joelho direito (fig. 1): — A tuberosidade anterior da tíbia apresenta-se com um aspecto normal. Vê-se perfeitamente, o **prolongamento anterior** da epífise superior da tíbia, de limites e de estrutura normais. Percebe-se, também, o **núcleo apofisário**, em face de escavação da região tuberositária, e já em soldadura com o **prolongamento anterior**. São imagens que se observam na constituição normal da ossificação da tuberosidade tibial anterior.

2) Joelho esquerdo (fig. 2): — É bem outra a fisionomia radiológica da tuberosidade anterior da tíbia. A estrutura óssea se acha alterada, mostrando zonas de rarefação óssea contrastando com zonas de calcificação normal ou com zonas mais sombrias, dando a impressão duma fragmentação óssea. A imagem do **prolongamento anterior** do núcleo epifisário não é bem nítida, confundindo-se com a do **núcleo apofisário** e com a da metafise tibial. Percebe-se, além disso, uma sombra piriforme de densidade calcárea no prolongamento do tendão rotuliano.

As provas de face nada revelam de anormal.

Diante dum quadro clínico e radiológico como o exposto aqui, o diagnóstico de Osteocondrose de crescimento da apofise tibial ou doença de Lannelongue-Osgood-Schlatter é tomado na devida consideração, para ser discutido com outras afecções de feição clínica e radiológica parecida.

O síndrome clínico é insuficiente, considerado isoladamente, para estabelecer o diagnóstico da doença de Osgood-Schlatter, podendo confundir-se com as epifisites, com as apofisites infecciosas e traumáticas (Coulouma), ou com as afecções traumáticas (arrancamentos, descolamentos e fraturas) da tuberosidade anterior da tíbia. Mas, todos esses quadros são de evolução menos longa e com sinais radiológicos diferentes.

A radiologia é de grande importância diagnóstica para essa afecção, apresentando uma série de sinais que constituem um verdadeiro síndrome radiológico, muito bem sintetizado por Hermeto Junior:

“a) existência de irregularidades do prolongamento epifisário em bico;

b) imagem de fragmentação nuclear;

c) formação de ilhótas na espessura do tendão rotuliano;

d) disposição em esporão, partindo do prolongamento epifisário em bico.”

Tôdos êsses sinais pôdem ser encontrados nas radiografias aqui

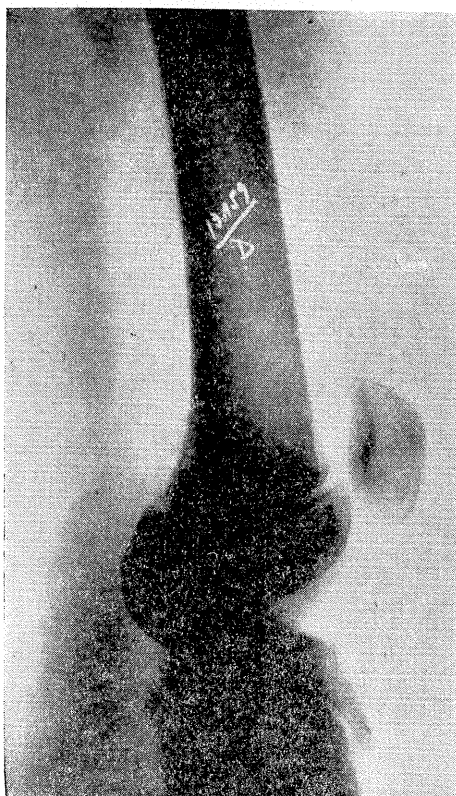


Fig. 1 — Joelho direito normal.

Fig. 2 — Joelho esquerdo —
Osteocondrose de crescimento
da apofise tibial anterior. Seis
mêses de evolução.



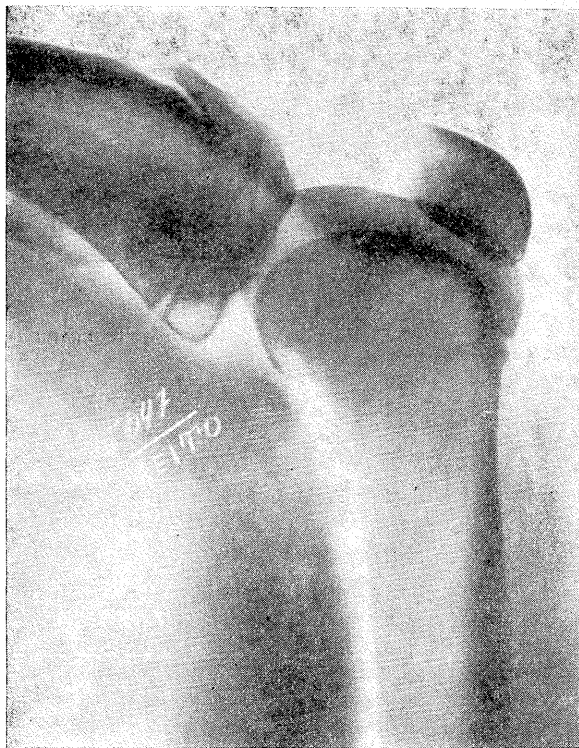


Fig. 3 — Joelho direito normal

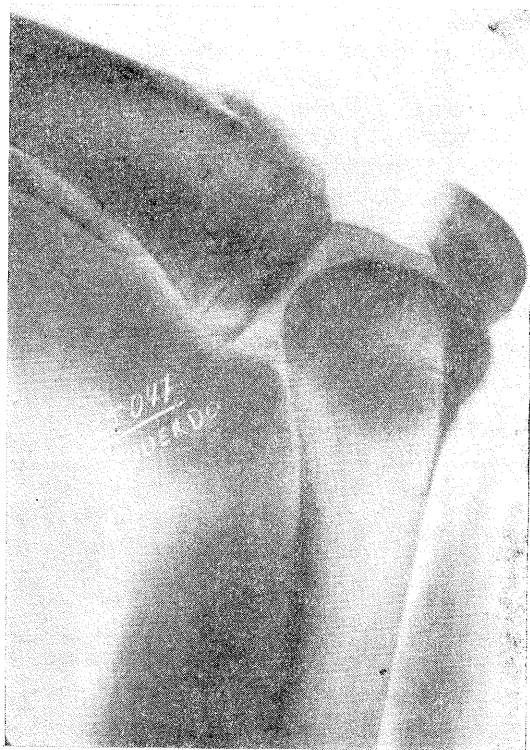


Fig. 4 — Joelho esquerdo — Osteocondrôse de crescimento da apófise tibial anterior. Um ano de evolução.

apresentadas, confirmando dest'arte o diagnóstico de doença de Laun-
longue-Osgood-Schlatter.

Nessas condições, para aliviar as dôres que ainda apresentava o meu paciente, assim como para lhe permitir uma maior amplitude nos movimentos ativos da perna, resolvi fazer, imediatamente, uma infiltração de 20 cc. de Thiodacaine Midy na região doente. A injeção fôra feita de maneira a infiltrar não só a zona dolorosa, penetrando dentro do ligamento rotúliano e da sua porção de inserção tibial, como também das partes circunvizinhas. A simples picada da região tuberositária veio despertar uma intensa dôr.

A segunda injeção foi praticada quatro dias depois. A região doente mostrava-se com outro aspécto. O paciente permitia que se fizesse uma pressão sôbre a tuberosidade anterior da tibia tumefeita, quando poucos dias antes o simples roçar do tampão de algodão embebido da tintura de iodo lhe causava protestos e dôres. Da mesma fórma, os movimentos ativos da perna já se faziam mais facilmente e com mais amplitude.

A terceira infiltração, realizada com a mesma técnica, quatro dias após, veio acentuar as melhoras iniciadas na primeira injeção, restituindo ao membro a sua função, a ponto de executar exercícios violentos (corrida, foot-ball, etc.), a despeito da minha proibição e dos conselhos insistentes da mãe.

Ao terminar o tratamento foi solicitado um novo exame radiológico, que acusou o seguinte resultado:

1) Joelho direito (fig. 3): — Aspécto normal da apófise tibial anterior. O **prolongamento anterior em bico** e o **núcleo apofisário** se encontram soldados entre si, assim como já se iniciou a fusão do maciço tuberositário à metáfise tibial.

2) Joelho esquerdo (fig. 4): — A prova radiográfica examinada ao negatoscópio põe em evidência os seguintes sinais;

a) O **prolongamento anterior** apresenta-se de contornos irregulares e de estrutura ligeiramente alterada, com focos de rarefação óssea;

b) O **núcleo apofisário** está soldado ao **prolongamento anterior**, assim como ambos estão fundidos à metáfise tibial, diminuindo, dessa maneira, a largura do **espaço de Jacobsthal**, que tende a desaparecer por ocasião da ossificação definitiva da apófise tibial anterior;

c) Ao nível da inserção tibial do tendão rotuliano e do seu prolongamento superior, nota-se uma sombra de densidade calcárea, com um cm. de comprimento, encimada por dois pequenos núcleos da mesma natureza, que se perdem no interior do tendão rotuliano. Essas formações têm uma estrutura semelhante à do osso adjacente. A sombra maior tem a face anterior lisa, a face posterior é regular e soldada á face anterior da apófise tibial anterior, ao passo que as suas duas extremidades são irregulares e terminadas em ponta. O conjunto dá a impressão duma imagem de osteoma desenvolvido dentro do tendão rotúliano, e que pôde ser determinado por um traumatismo.

Este aspecto manifestado pela radiografia lembra uma lesão, descrita por Tameyoshi, Asada e Kato, caracterizada por "um **esporão tuberositário tibial**, cujo desenvolvimento estaria em relação com o estímulo traumático crônico praticado na inserção do ligamento rotuliano.

Este esporão de **base inferior tem o seu bico superior** alojado na **espessura do ligamento rotuliano**, e encimado por um ou muitos núcleos ósseos de nova formação. Desenvolve-se sem dor ou com dor, si um traumatismo, como é o fato de se colocar habitualmente de joelhos (japoneses), ativa os fenômenos de congestão óssea (H.-L. Roher)".

E' evidente que as lesões verificadas na última radiografia pouca influência sofreram pela ação do medicamento injetado, cujo efeito se fez sentir na sedação dos fenômenos dolorosos e maior amplitude dos movimentos ativos da perna. As reações do tecido ósseo processam-se mais lentamente. As alterações fixadas pela última radiografia são uma demonstração da evolução da afecção, que se produziu durante o intervalo de seis meses que dista entre a primeira e a última tomada das provas radiológicas.

Os últimos sinais radiológicos podem observar-se tanto no osteoma infeccioso ou traumático, como no esporão tuberositário, ou na doença de Lannelongue-Osgood-Schlatter. Mas, os sinais clínicos e radiológicos, considerados em relação à evolução seguida pela doença nesse paciente, fazem pender para o último diagnóstico.

Dois pontos devem ser salientados nesta observação:

a) O início da afecção poucos dias após um violento traumatismo:

b) A ação eficiente da substância medicamentosa empregada.

O traumatismo pôde ser invocado como causador duma alteração circulatória, que venha prejudicar a nutrição do tecido ósseo. Advem, como consequência disso, uma descalcificação óssea, manifestada por imagens de sombra clara alternando com sombras escuras, quando não pelo aspecto típico de fragmentação óssea. Leriche explica esse quadro patológico por uma congestão óssea de ordem vaso-nervosa. A hiperemia resultante provocaria uma descalcificação óssea por fuga dos sais fosfo-cálcicos. Ainda mais, pela sua teoria das **mutações locais**, as substâncias calcáreas removidas do foco hipermiado iriam localizar-se em pontos receptivos, preparados adrede para dar origem à uma néoformação óssea. Ora, na observação clínica em apreço, encontram-se imagens radiográficas que coincidem com a teoria de Leriche: focos de descalcificação óssea intensa, depósitos de núcleos de densidade calcárea e formação dum osteoma dentro do tendão rotuliano, numa zona perfeitamente delimitada à porção antero-superior da perna.

A substância medicamentosa empregada, na espécie a Thiodacaine Midy, ou mesmo uma solução de novocaina a 1%, injetada na zona doente, teria como resultado romper o reflexo axônico causador de todas as perturbações, segundo a opinião de Leriche. E' verdade que o tratamento seguido foi tardio. Mas, não é menos evidente, que a dor

diminuiu extraordinariamente e os movimentos se tornaram mais desembaraçados. A tumefação ainda persiste, como persistirá por muito tempo, a não ser que se reabsorva o osteoma intraligamentar, ou seja extraído cirurgicamente.

Seria bem interessante, que se experimentasse uma terapêutica semelhante na fase inicial da doença de Lannelongue-Osgood-Schlatter, para se comprovar ou não a sua eficiência. No caso favorável, o resultado teria um alcance incalculável, também, sob o ponto de vista etiopatogênico, dirimindo definitivamente as controvérsias existentes.

Foi com esse intuito que apresentei esta observação clínica.