

BMJ Best Practice

Doença de Osgood-Schlatter

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Prevenção	5
Prevenção primária	5
Diagnóstico	6
Caso clínico	6
Abordagem passo a passo do diagnóstico	6
Fatores de risco	7
Anamnese e exame físico	8
Exames diagnóstico	9
Diagnóstico diferencial	10
Critérios de diagnóstico	13
Tratamento	14
Abordagem passo a passo do tratamento	14
Visão geral do tratamento	14
Opções de tratamento	16
Acompanhamento	19
Recomendações	19
Complicações	19
Prognóstico	19
Referências	21
Imagens	23
Aviso legal	27

Resumo

- ◇ Síndrome de sobrecarga da população pediátrica que resulta em apofisite de tração da tuberosidade tibial.
- ◇ Ela geralmente ocorre durante o estirão de crescimento da adolescência em jovens atletas que participam de esportes com extensão forçada e flexão repetidas dos joelhos. Os homens são afetados com maior frequência que as mulheres.
- ◇ O diagnóstico é clínico; os pacientes geralmente apresentam dor, edema, calor e sensibilidade localizada à palpação sobre o tubérculo tibial.
- ◇ O tratamento conservador é bem-sucedido na maioria dos pacientes e consiste em modificação da atividade, gelo, alongamento e exercícios de fortalecimento.
- ◇ Radiografias simples do joelho são usadas para descartar outras lesões da tíbia proximal caso a dor seja unilateral e/ou intensa e persistente.
- ◇ Até 10% dos pacientes podem sentir dor quando adultos devido à formação de um ossículo separado na tuberosidade tibial.
- ◇ Em casos raros, quando essa condição não responde ao manejo não cirúrgico, a excisão da parte afetada da tuberosidade tibial previsivelmente alivia os sintomas.

Definição

A doença de Osgood-Schlatter é uma síndrome de sobrecarga da população pediátrica que, geralmente, afeta atletas jovens durante o estirão de crescimento da adolescência. Ela se manifesta com dor, sensibilidade à palpação e edema diretamente sobre a tuberosidade tibial. Geralmente, é uma condição autolimitada que remite após um período de modificação da atividade; a resolução definitiva ocorre quando os pacientes atingem a maturidade esquelética.[1]

Epidemiologia

A prevalência exata é desconhecida. É mais comum em crianças que participam de esportes. Em um estudo finlandês, 21% dos adolescentes atletas tinham doença de Osgood-Schlatter, em comparação com apenas 4.5% dos adolescentes que não eram atletas.[2] Geralmente, a condição surge entre 8 e 12 anos de idade nas meninas e entre 12 e 15 anos nos meninos; os homens são mais afetados que as mulheres. É bilateral em 20% a 30% dos casos.[1] [3]

Etiologia

- Teoria em relação a trauma: microavulsão na inserção do tendão patelar (apófise) causada por lesão por tração repetida.[1] [3]
- Teoria em relação à circulação: distúrbio na circulação da apófise devido ao rápido crescimento ósseo durante a adolescência, causando incapacidade da apófise em suportar as forças de tração do tendão patelar.[3]

Fisiopatologia

À medida que a apófise tibial amadurece, seu centro de ossificação secundário passa por 4 estágios:

- Estágio 1: cartilaginoso (idade entre 0 e 11 anos)
- Estágio 2: apofisário (idade entre 12 e 14 anos)
- Estágio 3: epifisário (idade entre 15 e 18 anos, a apófise da tuberosidade coalesce com a epífise tibial)
- Estágio 4: ósseo (idade >18 anos, fusão das epífises tibiais).

Acredita-se que o processo da doença ocorra predominantemente durante o estágio apofisário: o centro de ossificação secundário é incapaz de suportar as forças do tendão patelar, ocasionando a avulsão ou a fragmentação do osso ou da cartilagem. A parte ou as partes separadas continuam a crescer e se ossificar, enquanto a área intermediária pode se encher de tecido fibroso, resultando em uma não consolidação persistente e formação de um ossículo separado. Como opção, a área pode cicatrizar e fundir-se com o restante da apófise, resultando em uma tuberosidade tibial proeminente.[1]

Prevenção primária

Alongamento regular para neutralizar a inflexibilidade dos membros inferiores que, geralmente, ocorre durante períodos de rápido crescimento em adolescentes é essencial para prevenir a doença de Osgood-Schlatter e outras síndromes de sobrecarga dos membros inferiores. Alongamento antes da participação de atividades esportivas, bem como o aumento gradual e ponderado da intensidade e da duração das atividades atléticas, é altamente recomendado.

Alongamentos específicos devem envolver os seguintes grupos musculares:[4]

- Quadríceps
- Isquiossurais
- Banda iliotibial.

Caso clínico

Caso clínico #1

Um jogador de basquete de 13 anos de idade apresenta-se com alguns meses de início insidioso de dor unilateral anterior do joelho, que piora durante exercícios e jogos e é aliviada com repouso, gelo e medicamentos anti-inflamatórios. O exame físico demonstra proeminência da tuberosidade tibial, com edema leve e sensibilidade à palpação sobre a tuberosidade.

[Fig-1]

[Fig-2]

[Fig-3]

A extensão do joelho sob resistência também causa dor.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

A história característica e os achados do exame físico geralmente são suficientes para diagnosticar a doença de Osgood-Schlatter. Inicialmente, será necessário solicitar radiografias simples se os sintomas forem unilaterais, intensos ou persistentes e se houver história de trauma.^[1] Modalidades de exames de imagem mais sofisticadas, como ressonância nuclear magnética (RNM) e ultrassonografia, poderão ser usadas se houver suspeita de lesão oncológica ou infecciosa; raramente são necessárias.

História

A apresentação típica inclui:

- Dor na tuberosidade tibial
- Piora da dor com atividade (por exemplo, atividades esportivas)
- Alívio da dor com repouso, gelo e medicamentos anti-inflamatórios.

Bilateral em 20% a 30% dos casos.^{[1] [3]}

Exame físico

São achados típicos do exame físico:

- Edema localizado
- Sensibilidade localizada
- Calor localizado
- Proeminência da tuberosidade tibial
- Dor na tuberosidade tibial com extensão do joelho contra resistência.

Exames por imagem

Inicialmente, será necessário solicitar radiografias simples se os sintomas forem unilaterais, intensos ou persistentes ou se houver história de trauma.^[1] Pode-se realizar ultrassonografia ou RNM se o diagnóstico for incerto e for necessário descartar lesão neoplásica ou infecciosa.

Fatores de risco

Fortes

homens adolescentes

- Ocorre na adolescência.[1]
- Os homens são afetados com maior frequência que as mulheres.

participação em atividades atléticas

- Os esportes com o risco mais alto de surgimento dessa doença são os que demandam extensão do joelho forçada e repetida,[1] [4] geralmente envolvendo corrida, salto, agachamento e agachamento completo, como corrida em pista, rugby, basquetebol, beisebol e futebol.

história de doença de Osgood-Schlatter no joelho contralateral

- A condição é, com frequência, bilateral (20% a 30%).[1] [3]

Fracos

posição elevada da patela (patela alta)

- Um estudo prospectivo comparou as radiografias dos joelhos de pacientes com doença de Osgood-Schlatter e de controles adolescentes não afetados. Cinquenta e oito por cento dos pacientes com doença de Osgood-Schlatter tinham patelas altas, em comparação com 17% do grupo-controle.[5] Os autores do estudo aventaram a hipótese de que o aumento da altura da patela requer maior força de contração do quadríceps para atingir a extensão total que, por sua vez, resulta em maior força sendo transmitida distalmente para a inserção do tendão patelar na tuberosidade tibial.
- Outro estudo radiográfico determinou que um grupo de pacientes mais velhos com doença de Osgood-Schlatter (homens de 20 anos de idade) também apresentava mais casos de patela alta que o grupo de controles normais. Além disso, a patela no grupo de doença de Osgood-Schlatter era mais alongada, talvez em decorrência do efeito da tensão aumentada de longa duração.[6]
- Uma revisão retrospectiva prévia também registrou uma prevalência elevada de patela alta (68% dos joelhos) em pacientes com doença de Osgood-Schlatter.[7]

inserção tibial mais ampla/mais proximal do tendão patelar

- Um estudo usando ressonância nuclear magnética (RNM) para comparar 20 pacientes com doença de Osgood-Schlatter com 15 controles normais encontrou uma inserção mais ampla e proximal do tendão patelar em pacientes com doença de Osgood-Schlatter.[8] A importância desse achado é desconhecida, mas estima-se que o menor comprimento resultante do tendão patelar envolva maior distensão da tuberosidade tibial. Não há informações adicionais sobre esse tópico.

aumento da torção tibial externa

- Vários estudos demonstraram que os pacientes com doença de Osgood-Schlatter têm um ângulo de torção tibial significativamente maior em comparação com os indivíduos sem doença de Osgood-Schlatter.[9] [10]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os principais fatores de risco incluem adolescência, sexo masculino, participação em atividades atléticas e história de doença de Osgood-Schlatter no joelho contralateral.

dor na tuberosidade tibial (comum)

- Piorada com a extensão forçada do joelho, como durante a participação em atividades atléticas e jogos.
- Aliviada com repouso, gelo e medicamentos anti-inflamatórios.

sensibilidade localizada (comum)

- A palpação diretamente sobre a tuberosidade tibial provoca dor e ajuda a distinguir esse distúrbio de outras causas de dor no joelho.

Outros fatores de diagnóstico

limitação da atividade (comum)

- Atletas jovens geralmente se queixam da incapacidade de manter o nível desejado ou esperado de desempenho atlético por causa da dor.

edema localizado (comum)

- Geralmente, fácil de distinguir de um derrame do joelho, mas pode ser confundido com edema que ocorre com a bursite pré-patelar.
- Agravado com a atividade e aliviado com repouso.

calor localizado (comum)

- Geralmente localizado diretamente sobre a tuberosidade e não sobre todo o joelho, diferenciando-se, dessa forma, do calor que pode ocorrer em decorrência da artrite séptica.

proeminência da tuberosidade tibial (comum)

- Geralmente ocorre em um estágio mais avançado da doença, à medida que a apófise amadurece e se ossifica. Pode ou não ser dolorosa à palpação.

dor na tuberosidade com extensão do joelho contra resistência (comum)

- A dor na tuberosidade tibial é exacerbada pela extensão do joelho contra resistência, especialmente nos últimos 30 graus, em que as forças de cisalhamento sobre a tuberosidade tibial são mais intensas.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
radiografias simples <ul style="list-style-type: none"> Um edema dos tecidos moles anteriores pode ser o único achado no início do processo da doença. Posteriormente na evolução da doença, os achados podem incluir aumento da tuberosidade tibial, ossificação irregular e fragmentação da tuberosidade ou formação de um ossículo separado.[1] [3] [Fig-4] Será necessário solicitá-las inicialmente se os sintomas forem unilaterais, intensos ou persistentes e se houver história de trauma.[1] 	<p>podem estar normais; geralmente demonstram aumento da tuberosidade tibial, às vezes com fragmentação da apófise</p>

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
ultrassonografia <ul style="list-style-type: none"> Realizada se o diagnóstico for incerto. Em virtude de sua capacidade de avaliar tecidos moles e cartilagem não calcificada, pode fornecer informações sobre achados anormais nesses tecidos no início do processo da doença.[3] 	<p>pode demonstrar edema pré-tibial, fragmentação do centro de ossificação, espessamento da inserção do tendão patelar, acúmulo de líquido na bursa infrapatelar</p>
RNM <ul style="list-style-type: none"> Realizada se o diagnóstico for incerto. Demonstra achados patológicos no início do processo da doença. Foi descrita uma variedade de achados. Os achados da RNM podem ser classificados em 5 estágios: normal, precoce, progressivo, terminal e em cicatrização.[11] As alterações iniciais incluem edema na tuberosidade tibial. O estágio progressivo da doença é caracterizado pela avulsão parcial do centro de ossificação secundário, geralmente puxado em direção proximal. No estágio terminal da doença, é possível observar a separação completa do centro de ossificação secundário avulsionado. Além disso, há edema do tendão patelar, indicando tendinite patelar como uma alteração patológica secundária na doença de Osgood-Schlatter. No estágio de cicatrização, o fragmento separado é ossificado em um ossículo separado ou é cicatrizado de volta na apófise por meio da ossificação de uma ponte fibrocartilaginosa que preenche o intervalo entre a apófise e o fragmento. 	<p>edema na tuberosidade tibial, separação parcial e/ou completa dos fragmentos do centro de ossificação secundário, formação de um ossículo separado ou cicatrização e remodelagem da apófise</p>

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Fratura da tuberosidade tibial	<ul style="list-style-type: none"> O início dos sintomas, geralmente, é súbito e associado a um evento traumático. Os pacientes não conseguem estender ativamente o joelho e podem não suportar peso.[1] 	<ul style="list-style-type: none"> As radiografias demonstram linha de fratura irregular, geralmente sem fragmentação da tuberosidade (como a observada em casos de doença de Osgood-Schlatter). Pode estar associada à apreensão epifisária da tuberosidade tibial, causando deformidade recurvada.[4]
Hipertrofia do coxim gorduroso/pinçamento (doença de Hoffa)	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilidade máxima ocorre na interlinha articular anterior, geralmente lateral ao tendão patelar, não na tuberosidade tibial.[1] 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografias simples geralmente são normais na doença de Hoffa, ao passo que os joelhos com doença de Osgood-Schlatter podem mostrar fragmentação/alargamento da tuberosidade tibial.[1]
Apofisite de tração do polo patelar inferior (síndrome de Sinding-Larsen e Johansson)	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilidade máxima ocorre no polo inferior da patela, não na tuberosidade tibial.[1] 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografias simples, às vezes, demonstram um ossículo separado ou um alongamento no polo inferior da patela, com aparência normal da tuberosidade tibial, diferente de muitos casos de doença de Osgood-Schlatter.[1] [4]
Fratura por estresse patelar	<ul style="list-style-type: none"> Entidade muito rara. Os pacientes podem apresentar capacidade variável de suportar peso, bem como dor, edema e sensibilidade localizada sobre a região anterior da patela (em oposição à sensibilidade sobre a tuberosidade tibial na doença de Osgood-Schlatter). Os pacientes podem relatar uma sensação de ruptura ou estalo durante as atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografias simples podem mostrar uma linha de fratura transversa, geralmente na junção dos terços médio e distal da patela. Também é possível observar formação de calos, indicando um processo reparador no local da lesão. Não há achados típicos de tuberosidade tibial alargada ou fragmentada.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Osteocondrite dissecante do joelho	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente, os pacientes queixam-se de dor na região anterior ou anteromedial do joelho e edema intermitente no local, às vezes acompanhados por sintomas mecânicos. • Uma história de trauma menor pode preceder o início dos sintomas, ou a condição pode ser completamente atraumática. • Em geral, a sensibilidade é localizada na interlinha articular (geralmente medial), com ausência de sensibilidade na tuberosidade tibial. 	<ul style="list-style-type: none"> • A localização clássica da doença de Osgood-Schlatter do joelho é a região lateral do côndilo femoral medial. A lesão pode ser visível em radiografias simples ou exigir ressonância nuclear magnética (RNM) para diagnóstico.[4]
Bursite infrapatelar	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser difícil de diferenciar clinicamente da doença de Osgood-Schlatter inicial. • De forma semelhante, o local da dor é na inserção do tendão patelar ou próximo a ela, embora, geralmente, não haja sensibilidade distinta à palpação sobre a tuberosidade tibial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente, as radiografias são normais ou demonstram aumento do edema dos tecidos moles na região infrapatelar. • A RNM mostra tuberosidade tibial normal e acúmulo de líquido na região infrapatelar.
Tendinite patelar	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser difícil distinguir da doença de Osgood-Schlatter inicial e pode ocorrer como patologia secundária nos joelhos com doença de Osgood-Schlatter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente, as radiografias são normais ou demonstram aumento do edema dos tecidos moles na região infrapatelar. • A RNM mostra tuberosidade tibial normal e pode demonstrar aumento do sinal no tendão patelar em imagens ponderadas em T2.
Osteoma osteoide	<ul style="list-style-type: none"> • As lesões do osso geralmente manifestam-se como dor que ocorre em repouso e com atividade. • Pode haver dor no período noturno. 	<ul style="list-style-type: none"> • As radiografias simples identificam um defeito circular.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Osteossarcoma	<ul style="list-style-type: none"> • As lesões do osso geralmente manifestam-se como dor que ocorre em repouso e com atividade. • Manifesta-se com sinais e sintomas sistêmicos, como febre, sudorese noturna e perda de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografias simples demonstram uma lesão radiotransparente com áreas de radiodensidade mosqueada e margens maldefinidas. • Tomografia computadorizada (TC) ou RNM são confirmatórias. • A biópsia do osso realizada por um oncologista ortopédico experiente pode ser feita para confirmar o diagnóstico.
Osteomielite	<ul style="list-style-type: none"> • As lesões do osso geralmente manifestam-se como dor que ocorre em repouso e com atividade. • Manifesta-se com sinais e sintomas sistêmicos, como febre e calafrios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Marcadores laboratoriais, como velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C-reativa e contagem leucocitária, podem estar elevados. • Hemoculturas positivas para organismo desencadeante. • As alterações mais precoces observadas em radiografias simples são edema dos tecidos moles, espessamento periosteal e osteopenia focal. • A RNM é confirmatória.
Epifisiólise proximal do fêmur	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com distúrbios do quadril podem apresentar dor referida no joelho (pelo ramo posterior do nervo obturador), geralmente na região medial do joelho. • Às vezes, podem não suportar peso no membro afetado e apresentar claudicação. • O exame físico desses pacientes geralmente demonstra amplitude de movimentos limitada do quadril ipsilateral, com amplitude de movimentos do joelho relativamente normal. • Um episódio de trauma menor pode preceder essa apresentação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografias do quadril e da pelve, incluindo vistas laterais das pernas em posição de rã e anteroposteriores, demonstram anormalidade da articulação coxofemoral. • As radiografias do joelho geralmente estão normais.

Critérios de diagnóstico

Achados da ressonância nuclear magnética (RNM) na doença de Osgood-Schlatter^[11]

- Normal
- Iniciais
 - Edema na tuberosidade tibial
- Progressivos
 - Avulsão parcial do centro de ossificação secundário, geralmente puxado em direção proximal
- Terminais
 - Separação completa do centro de ossificação secundário avulsionado
 - Edema do tendão patelar, indicando tendinite patelar como alteração patológica secundária na doença de Osgood-Schlatter
- Cicatrização
 - O fragmento separado é ossificado em um ossículo separado ou é cicatrizado de volta na apófise por meio da ossificação de uma ponte fibrocartilaginosa que preenche o intervalo entre a apófise e o fragmento.

Abordagem passo a passo do tratamento

Os principais objetivos são eliminar ou diminuir a carga de tração repetitiva da inserção do tendão patelar na apófise da tuberosidade tibial a fim de prevenir lesões adicionais e aliviar as lesões existentes com anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e modalidades terapêuticas.

Além disso, um objetivo de longo prazo é melhorar a força e a flexibilidade do membro inferior, a fim de permitir a participação em atividades esportivas e recreativas.

Estágio inicial

Geralmente, >90% dos pacientes com doença de Osgood-Schlatter tratada com repouso, gelo, AINEs e fisioterapia respondem com excelente desfecho e total retorno às atividades.[12] [13]

Para pacientes com dor intensa ou prolongada, poderão ser necessários a imobilização do joelho e suporte.

Progressivo ou estágio avançado

A revisão da literatura indica que até 10% a 12% dos pacientes com doença de Osgood-Schlatter podem ter sintomas prolongados, a despeito do manejo conservador, e alguns podem exigir tratamento cirúrgico. A cirurgia só deverá ser realizada depois que o paciente atingir a maturidade esquelética.[1]

As modalidades não cirúrgicas para a redução dos sintomas em casos recalcitrantes de doença de Osgood-Schlatter incluem injeções locais com lidocaína ou dextrose hiperosmolar. Essas injeções são medidas temporárias que não são administradas de forma rotineira.[14]

Opções cirúrgicas de primeira linha equivalentes incluem:

- Ressecção parcial da tuberosidade tibial[15] [16] [17]
- Excisão do ossículo separado[18] [19]
- Perfuração da tuberosidade tibial.[20]

Complicações em longo prazo

Supercrescimento ósseo da tuberosidade tibial ou persistência de um ossículo na fase adulta pode ser um problema puramente estético ou causar dor e limitações funcionais. A proeminência óssea na tuberosidade tibial é causada pelo pequeno ossículo que se forma com a fragmentação da apófise. Esse ossículo pode afetar o tendão patelar, causando dor e limitando a atividade. [3] O problema pode ser resolvido cirurgicamente com a excisão do ossículo e/ou a osteoplastia da tuberosidade tibial, com excelentes desfechos de longo prazo. [21]

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

(resumo)

Em curso		(resumo)
progressivo ou estágio avançado		
1a	cirurgia	
persistência da dor no final da adolescência ou na fase adulta		
1a	cirurgia	

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

estágio inicial

1a modificação das atividades e medidas não farmacológicas

- » Durante o estágio inicial da doença, geralmente há uma excelente resposta a uma simples modificação da atividade: por exemplo, abstenção dos esportes e aplicação de bolsas de água fria ou compressas na parte anterior do joelho.
- » A doença de Osgood-Schlatter costuma apresentar evolução autolimitada e, portanto, a melhora da dor e a abstenção de atividades que a provoquem são habitualmente tudo o que é necessário para a maioria dos pacientes com essa condição.
- » É necessário evitar atividades que envolvam a extensão forçada do joelho e provoquem dor.
- » Esses pacientes que sentem dor leve e não apresentam fraqueza podem continuar com as atividades esportivas.
- » Os pacientes que apresentam fraqueza do quadríceps e/ou dos isquiossurais ou sentem dor moderada a intensa devem abster-se das atividades esportivas até a melhora dos sintomas.
- » Se necessário, uma bolsa de água fria ou com gelo poderá ser aplicada diretamente na região anterior do joelho.
- » Uma atadura compressiva (como uma faixa) pode ser aplicada no joelho afetado para alívio sintomático, especialmente se houver edema.

mais anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

- » **ibuprofeno**: crianças: 5-10 mg/kg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 40 mg/kg/dia; adultos: 300-400 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

Agudo

OU

» **naproxeno**: crianças >2 anos de idade: 5 mg/kg por via oral a cada 12 horas quando necessário; adultos: 500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

» Durante o estágio inicial da doença, geralmente há uma excelente resposta aos AINEs.

» A doença de Osgood-Schlatter costuma apresentar evolução autolimitada e, portanto, a melhora da dor e a abstenção de atividades que a provoquem são habitualmente tudo o que é necessário para a maioria dos pacientes com essa condição.

» Uma variedade de AINEs pode ser usada para aliviar os sintomas.

mais

fisioterapia

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Durante o estágio inicial da doença, geralmente há uma excelente resposta à fisioterapia.

» A doença de Osgood-Schlatter costuma apresentar evolução autolimitada e, portanto, a melhora da dor e a abstenção de atividades que a provoquem são habitualmente tudo o que é necessário para a maioria dos pacientes com essa condição.

» É necessário iniciar a fisioterapia após a melhora dos sintomas agudos.

» O objetivo da terapia é o fortalecimento do quadríceps e dos isquiossurais, bem como a melhora da flexibilidade do joelho.

» Deve-se evitar exercícios que causem forças de cisalhamento elevadas na tuberosidade tibial.

■ **dor intensa ou prolongada**

mais

suporte e imobilização

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Alguns pacientes com dor intensa ou prolongada provocada pela doença de Osgood-Schlatter podem se beneficiar de um breve período (alguns dias a 1 semana) de imobilização do joelho.

» Deve-se permitir e estimular a carga total enquanto o paciente estiver usando um suporte.

Agudo

- » A imobilização prolongada (por exemplo, com um gesso cilíndrico) não é mais recomendada porque causa atrofia do quadríceps.[1]
- » Uma joelheira ou suporte protetor com dispositivos como uma faixa infrapatelar pode ajudar a aliviar os sintomas em pacientes que, apesar da condição, desejem ou precisem continuar a participar de atividades atléticas.[22]

Em curso**progressivo ou estágio avançado****1a cirurgia**

- » A revisão da literatura indica que até 10% a 12% dos pacientes com doença de Osgood-Schlatter podem ter sintomas prolongados, a despeito do manejo conservador, e alguns podem exigir tratamento cirúrgico. A cirurgia só deverá ser realizada depois que o paciente atingir a maturidade esquelética.[1]
- » Opções cirúrgicas de primeira linha equivalentes incluem perfuração da tuberosidade tibial, ressecção parcial da tuberosidade tibial, excisão do ossículo separado e combinação desses procedimentos. A grande maioria dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico para sintomas persistentes da doença de Osgood-Schlatter relata excelente alívio da dor e pode retornar integralmente às atividades, inclusive participar de atividades atléticas.[15] [16] [17] [18] [19] [20] [21]

persistência da dor no final da adolescência ou na fase adulta**1a cirurgia**

- » Supercrescimento ósseo da tuberosidade tibial ou persistência de um ossículo na fase adulta pode ser um problema puramente estético ou causar dor e limitações funcionais. A proeminência óssea na tuberosidade tibial é causada pelo pequeno ossículo que se forma com a fragmentação da apófise. Esse ossículo pode afetar o tendão patelar, causando dor e limitando a atividade. [3] O problema pode ser resolvido cirurgicamente com a excisão do ossículo e/ou a osteoplastia da tuberosidade tibial, com excelentes desfechos de longo prazo. [21]

Recomendações

Monitoramento

Após a remissão da doença de Osgood-Schlatter, não é necessário monitoramento de rotina. O retorno à participação em atividades esportivas é permitido quando os pacientes não sentem mais dor e recuperam, pelo menos, 90% da força normal (em comparação com o lado não afetado ou o estado pré-sintomático) nos músculos do membro inferior afetado.

Instruções ao paciente

Caso os pacientes planejem retornar às atividades esportivas após a remissão dos sintomas, eles serão encorajados a fazê-lo gradualmente e evitar a participação competitiva até a completa recuperação da força e a obtenção da mobilidade. Treinamento de flexibilidade e alongamento regulares antes da participação em atividades esportivas são altamente recomendáveis.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
deformidade recurvada (hiperextensão) no joelho	curto prazo	baixa
Fusão precoce da porção anterior da epífise tibial proximal pode causar uma deformidade recurvada (hiperextensão) no joelho. Isso ainda pode resultar em uma patela na posição elevada (patela alta), aumentando, dessa forma, as forças reativas na articulação patelofemoral, o que pode causar osteoartrite precoce dessa articulação.		
persistência da deformidade óssea na fase adulta	longo prazo	média
Pode ser uma preocupação puramente estética ou causar dor ao paciente ao ajoelhar-se sobre uma tuberosidade tibial proeminente.[1] [3]		

Prognóstico

A doença de Osgood-Schlatter geralmente apresenta evolução autolimitada. Há um excelente prognóstico em mais de 90% dos casos com manejo não cirúrgico.[1] [4] Além disso, pode-se esperar alívio excelente dos sintomas após tratamento cirúrgico de casos refratários.[15] [16] [17] [18] [19] [20] [21]

Artigos principais

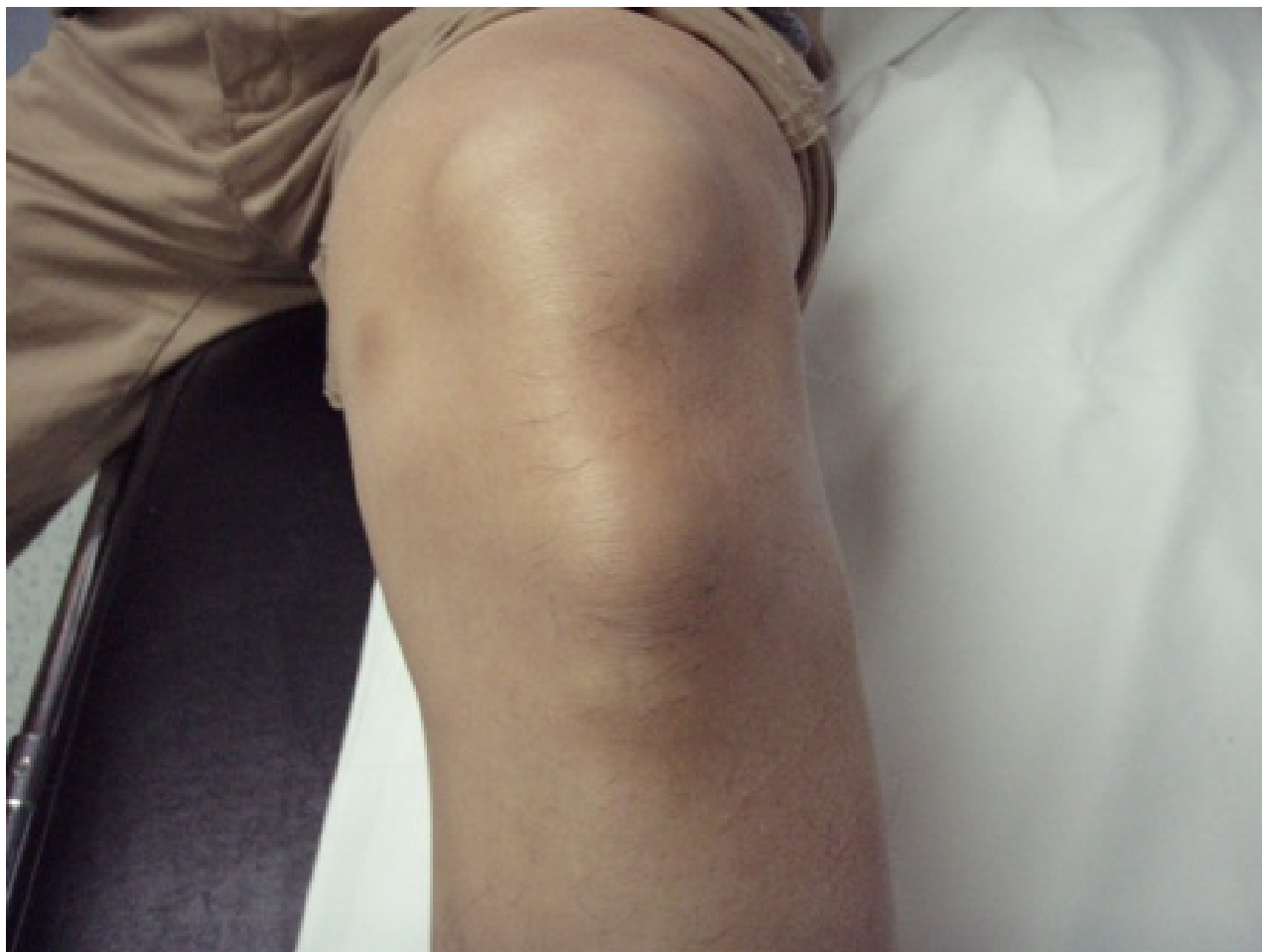
- Gholve PA, Scher DM, Khakharia S, et al. Osgood Schlatter syndrome. Curr Opin Pediatr. 2007;19:44-50. [Resumo](#)
- Pihlajamäki HK, Mattila VM, Parviainen M, et al. Long-term outcome of surgical treatment of unresolved Osgood-Schlatter disease in young men. J Bone Joint Surg Am. 2009;91:2350-2358. [Resumo](#)

Referências

1. Gholve PA, Scher DM, Khakharia S, et al. Osgood Schlatter syndrome. Curr Opin Pediatr. 2007;19:44-50. [Resumo](#)
2. Kujala UM, Kvist M, Heinonen O. Osgood-Schlatter's disease in adolescent athletes. Retrospective study of incidence and duration. Am J Sports Med. 1985;13:236-241. [Resumo](#)
3. Blankstein A, Cohen I, Heim M. Ultrasonography as a diagnostic modality in Osgood-Schlatter disease. A clinical study and review of the literature. Arch Orthop Trauma Surg. 2001;121:536-539. [Resumo](#)
4. Frank JB, Jarit GJ, Bravman JT, et al. Lower extremity injuries in the skeletally immature athlete. J Am Acad Orthop Surg. 2007;15:356-366. [Resumo](#)
5. Aparicio G, Abril JC, Calvo E, et al. Radiologic study of patellar height in Osgood-Schlatter disease. J Pediatr Orthop. 1997;17:63-66. [Resumo](#)
6. Visuri T, Pihlajamäki HK, Mattila VM, et al. Elongated patellae at the final stage of Osgood-Schlatter disease: a radiographic study. Knee. 2007;14:198-203. [Resumo](#)
7. Jakob RP, von Gumpfenberg S, Engelhardt P. Does Osgood-Schlatter disease influence the position of the patella? J Bone Joint Surg Br. 1981;63:579-582. [Resumo](#)
8. Demirag B, Ozturk C, Yazici Z, et al. The pathophysiology of Osgood-Schlatter disease: a magnetic resonance investigation. J Pediatr Orthop B. 2004;13:379-382. [Resumo](#)
9. Gigante A, Bevilacqua C, Bonetti MG, et al. Increased external tibial torsion in Osgood-Schlatter disease. Acta Orthop Scand. 2003;74:431-436. [Resumo](#)
10. Turner MS, Smillie IS. The effect of tibial torsion of the pathology of the knee. J Bone Joint Surg Br. 1981;63-B:396-398. [Resumo](#)
11. Hirano A, Fukubayashi T, Ishii T, et al. Magnetic resonance imaging of Osgood-Schlatter disease: the course of the disease. Skeletal Radiol. 2002;31:334-342. [Resumo](#)

12. Beovich R, Fricker PA. Osgood-Schlatter's disease: a review of literature and an Australian series. Aust J Sci Med Sport. 1988;20:11-13.
13. Hussain A, Hagroo GA. Osgood-Schlatter disease. Sports Exer Injury. 1996;2:202-206.
14. Topol GA, Podesta LA, Reeves KD, et al. Hyperosmolar dextrose injection for recalcitrant Osgood-Schlatter disease. Pediatrics. 2011;128:1121-1128. [Texto completo](#) [Resumo](#)
15. Ferciot CF. Surgical management of anterior tibial epiphysis. Clin Orthop. 1955;5:204-206. [Resumo](#)
16. Thomson JE. Operative treatment of osteochondritis of the tibial tubercle. J Bone Joint Surg Am. 1956;38:142-148. [Resumo](#)
17. Flowers MJ, Bhadreshwar DR. Tibial tubercle excision for symptomatic Osgood-Schlatter disease. J Pediatr Orthop. 1995;15:292-297. [Resumo](#)
18. Orava S, Malinen L, Karpakka J, et al. Results of surgical treatment of unresolved Osgood-Schlatter lesion. Ann Chir Gynaecol. 2000;89:298-302. [Resumo](#)
19. Mital MA, Matza RA, Cohen J. The so-called unresolved Osgood-Schlatter lesion: a concept based on fifteen surgically treated lesions. J Bone Joint Surg Am. 1980;62:732-739. [Resumo](#)
20. Glynn MK, Regan BF. Surgical treatment of Osgood-Schlatter's disease. J Pediatr Orthop. 1983;3:216-219. [Resumo](#)
21. Pihlajamäki HK, Mattila VM, Parviainen M, et al. Long-term outcome of surgical treatment of unresolved Osgood-Schlatter disease in young men. J Bone Joint Surg Am. 2009;91:2350-2358. [Resumo](#)
22. Levine J, Kashyap S. A new conservative treatment of Osgood-Schlatter disease. Clin Orthop Relat Res. 1981;158:126-128. [Resumo](#)

Imagens



IMAGES

Figura 1: Incidência anteroposterior de doença de Osgood-Schlatter

Do acervo de Dr J. Rosen



Figura 2: Incidência lateral de doença de Osgood-Schlatter

Do acervo de Dr J. Rosen



Figura 3: Incidências oblíqua de doença de Osgood-Schlatter

Do acervo de Dr J. Rosen

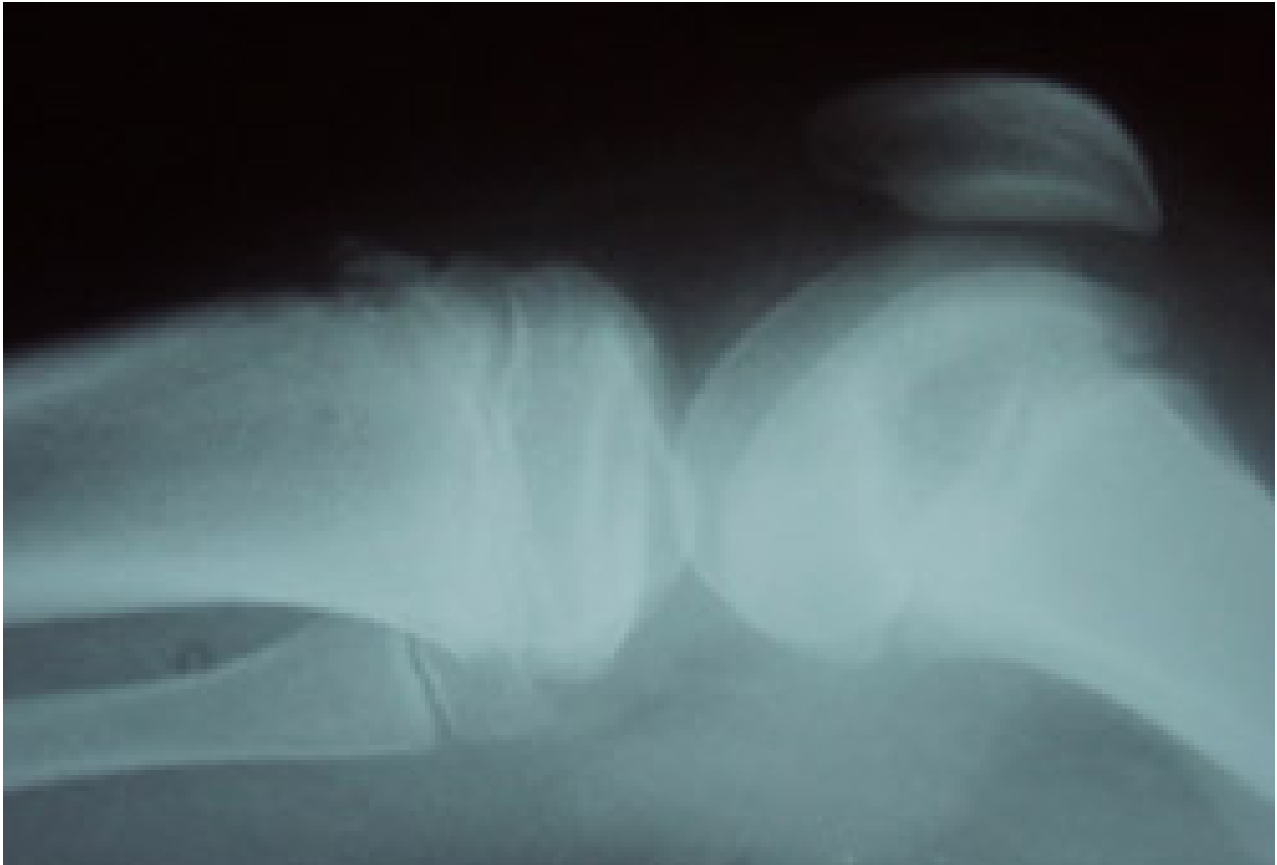


Figura 4: Radiografia do joelho em um paciente com doença de Osgood-Schlatter (incidência lateral)

Do acervo de Dr J. Rosen

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
	10,00
Numerais de 5 dígitos	
	1000
Numerais de 4 dígitos	
	0.25
Numerais < 1	

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Nov 22, 2017.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Alexander Golant, MD

Attending Physician

Department of Orthopaedics and Rehabilitation, New York-Presbyterian-Queens, Flushing, Assistant Professor of Clinical Orthopaedic Surgery, Weill Medical College of Cornell University, New York, NY

DIVULGAÇÕES: AG declares that he has no competing interests.

Jeffrey Rosen, MD

Chairman

Department of Orthopaedics and Rehabilitation, New York-Presbyterian-Queens, Flushing, Associate Professor of Clinical Orthopaedic Surgery, Weill Medical College of Cornell University, New York, NY

DIVULGAÇÕES: JR is an author of a reference cited in this monograph.

// Reconhecimentos:

Dr Jeffrey Rosen and Dr Alexander Golant would like to gratefully acknowledge the assistance of Jonathan Naysan. JN declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Paul M. Sethi, MD

Orthopedic Surgeon

Orthopedic and Neurosurgery Specialists PC, Greenwich, CT

DIVULGAÇÕES: PMS declares that he has no competing interests.

Andreas Roposch, MD, MSc, FRCS

Consultant Orthopaedic Surgeon

Reader in Clinical Epidemiology and Surgery, UCL Institute of Child Health and Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust, London, UK

DIVULGAÇÕES: AR declares that he has no competing interests.