

ARTIGO DE REVISÃO

Osteoartrite em atletas: uma lesão silenciosa

Profa. Dra. Ana Paula Simões
CRM-SP: 108.667

Osteoartrite em atletas: uma lesão silenciosa



Prof. Dra. Ana Paula Simões | CRM-SP: 108.667

Professora instrutora e mestre em Ortopedia e Traumatologia. Médica assistente do Grupo de Traumatologia do Esporte da Santa Casa de São Paulo (SCSP). Membro titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT); da Associação Brasileira de Medicina e Cirurgia do Tornozelo e Pé (ABTpé); da Sociedade Brasileira de Artroscopia e Traumatologia do Esporte (SBRATE); da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Membro internacional da Sociedade de Tornozelo e Pé (AOFAS). Vice-presidente da Sociedade Paulista de Medicina do Esporte (SPAMDE). Médica Voluntária nas Olimpíadas Rio 2016. Médica da Confederação Brasileira de Futebol (CBF) — Feminino de 2006-2014. Membro Internacional da Federação de Medicina Esportiva. Revisora das revistas: *SBOT*, *ABTpé* e *American Journal of Sports Medicine*. Consultora das revistas: *Eu Atleta/Globo.com*, *Webrun*, *Biorun*, *O2*, *Endorfina* e *Saúde*.

A definição de artrose do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) compreende: “um grupo heterogêneo de condições que levam a sintomas e sinais articulares que estão associados a defeitos da integridade da cartilagem articular, além de modificações no osso subjacente e nas margens articulares”. Os termos osteoartrite (OA) ou osteoartrite (OI) são empregados como sinônimos de artrose. E no atleta não é diferente, pois a sobrecarga articular associada à superação em melhorar a *performance* é situação comum nos praticantes competitivos que aceleram a degradação articular para ter o alto rendimento esportivo.^{1,2}

A OA pode acometer uma única ou diversas áreas articulares, envolvendo mais comumente articulações que suportam peso nos membros inferiores, como joelho, tornozelo e pé, principalmente nos esportes de impacto e certas articulações das mãos, ombro, colunas cervical e lombar, como nos esportes de arremesso.

Embora haja grande variação nos resultados dos estudos epidemiológicos, dependendo do critério utilizado na definição da doença — histopatológico, radiográfico ou clínico —, a OA é, sem dúvida, a doença articular mais prevalente em todo o mundo. Mas no atleta, em razão da força muscular que estabiliza a articulação e o limiar de dor, que geralmente é baixo, a doença acaba sendo negligenciada por toda a equipe, incluindo o atleta.³

Histopatologicamente, descreve-se a presença de lesão na cartilagem articular desde a adolescência, podendo atingir 90% dos indivíduos aos 45 anos (figura 1). Radiograficamente, considerando-se todas as articulações, a OA acomete cerca de 60% dos homens e 70% das mulheres após os 65 anos, e após os 85 anos essa cifra atinge 100%.⁴

Clinicamente, embora os dados sejam controversos, 10% a 30% dos indivíduos acima de 60 anos têm sintomas compatíveis com a doença. No caso relatado,



Acervo pessoal da autora.

Figura 1. Radiografia do tornozelo de um jogador de futebol, o qual referia dor na região há 1 ano.

o início dos sintomas deveu-se a microtraumas repetitivos durante o futebol. Diversas séries recentes apontam para um aumento na prevalência da OA, fator possivelmente relacionado ao envelhecimento da população, mas que nos atletas está diretamente ligado ao esforço e impactos repetitivos, acelerando a degradação articular.

Trata-se de uma causa frequente de dor, limitação funcional e incapacidade na população, ocasionando considerável perda da qualidade de vida e do rendimento do indivíduo acometido. Seu impacto socioeconômico é mundialmente significativo, já que é uma das mais importantes causas de absenteísmo e “aposentadoria precoce” nos atletas, além de gerar altos custos com tratamentos cirúrgicos, nas formas avançadas.

Atividades que envolvem esforço físico, sobrecarga articular e prática competitiva esportiva, como no caso em questão,

associam-se a uma maior ocorrência de OA devido a atividades de alta intensidade, com impacto articular direto com outros indivíduos, superfície ou equipamento, como ocorre com os atletas de esportes de impacto e contato físico (por exemplo, jogadores e maratonistas), pois trata-se de atividades de maior risco de microtraumas de repetição.⁴

Quanto à patologia, a OA é definida como a perda gradual da cartilagem articular, associada a afinamento do osso subcondral, formação de osteófitos (protrusões osteocartilaginosas) nas margens articulares e inflamação sinovial crônica, leve e inespecífica. No estágio mais avançado, a cartilagem osteoartrótica, surgem alterações ósseas e cartilaginosas, com lesões capsulares e sinoviais. O resultado final, macroscopicamente, é a redução do espaço articular, formação de osteófitos marginais e esclerose do osso subcondral (figura 2).

As fases histopatológicas³ observadas são:

- **Fase 1:** ocorrência de edema e microfraturas.
- **Fase 2:** evolução para fissuras.
- **Fase 3:** erosões.

Os principais sintomas da OA são dor, rigidez matinal de curta duração, limitação de movimento e, nas formas mais graves, instabilidade da articulação acometida.

A dor é o principal sintoma da OA, tendo padrão mecânico — desencadeada pelo uso da articulação que melhora com o repouso. Esse padrão, diferente do observado nas doenças articulares inflamatórias (dor que piora com o repouso e melhora com o movimento), ajuda no diagnóstico diferencial em relação a outras condições, como artrite reumatoide.

Não há correlação estrita entre os sintomas articulares e o grau de alterações

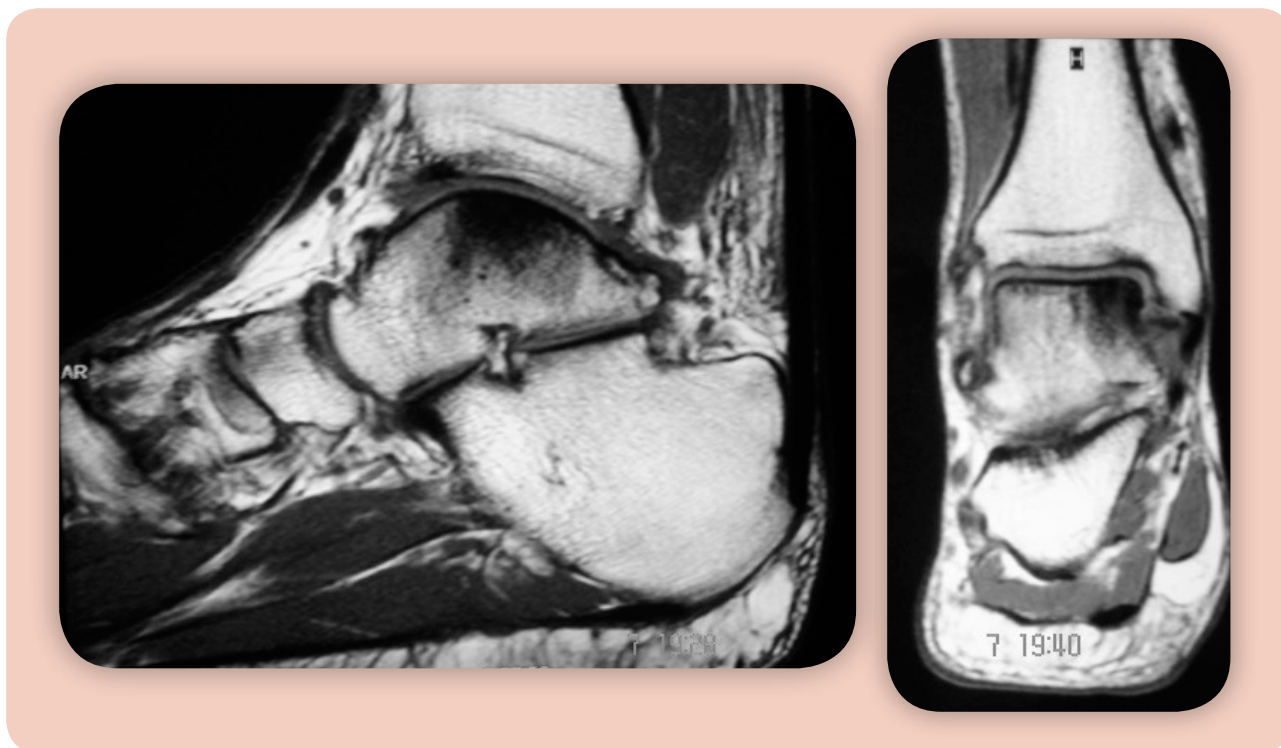


Figura 2. Ressonância magnética do tornozelo do paciente corredor, evidenciando o grau avançado de erosões no tálus, osteofitoses e redução do espaço articular.

patológicas ou radiográficas. Apenas 30% dos pacientes com evidência radiográfica de OA queixam-se de dor nas articulações acometidas, por isso a dificuldade em diagnosticá-la precocemente nos atletas.⁵

Recentemente, houve diversos avanços na compreensão da fisiopatogenia e no tratamento da OA. A doença deixou de ser considerada uma condição meramente degenerativa, passando a ser encarada como um estado de insuficiência osteocartilaginosa, no qual há intensa atividade metabólica da cartilagem.⁶

O tratamento passou a incluir terapias não farmacológicas, além do uso de analgésicos e anti-inflamatórios, como no caso tratado em questão, em que se fez uso de novas abordagens, com drogas con-

droprotetoras, também conhecidas como potencialmente modificadoras da doença osteoartrósica (DMOAD),⁷ e a viscosuplementação. Estudos clínicos comprovam a superioridade do colágeno não hidrolisado e sua eficácia na prevenção e tratamento da OA, principalmente os mais modernos com a tecnologia aprimorada com o colágeno tipo II B2Cool, que age por um mecanismo que envolve efeito protetor na cartilagem.⁸

O colágeno tipo II é a principal proteína estrutural da cartilagem e fornece resistência à tração e tenacidade ao tecido. Algumas desordens articulares que envolvem inflamação e erosão da cartilagem são causadas por uma resposta imune contra colágeno tipo II endógeno. Sendo assim, a

ingestão oral em sua forma nativa é capaz de modular a resposta imune.⁹

Diante de um paciente com diagnóstico de OA, o médico deve estabelecer um programa terapêutico individualizado e multidisciplinar, objetivando reduzir os sintomas, limitar incapacidades e finalmente melhorar a função (figura 3).⁸

Esses resultados descrevem a eficácia pré-clínica de baixas doses de colágeno tipo II nativo como analgésico.

Finalmente, deve-se sempre ter em mente os fatores apresentados na figura 3, para tratar o atleta multidisciplinarmente e agir em todos os fatores intrínsecos e extrínsecos, precocemente e de forma rápida e eficaz.

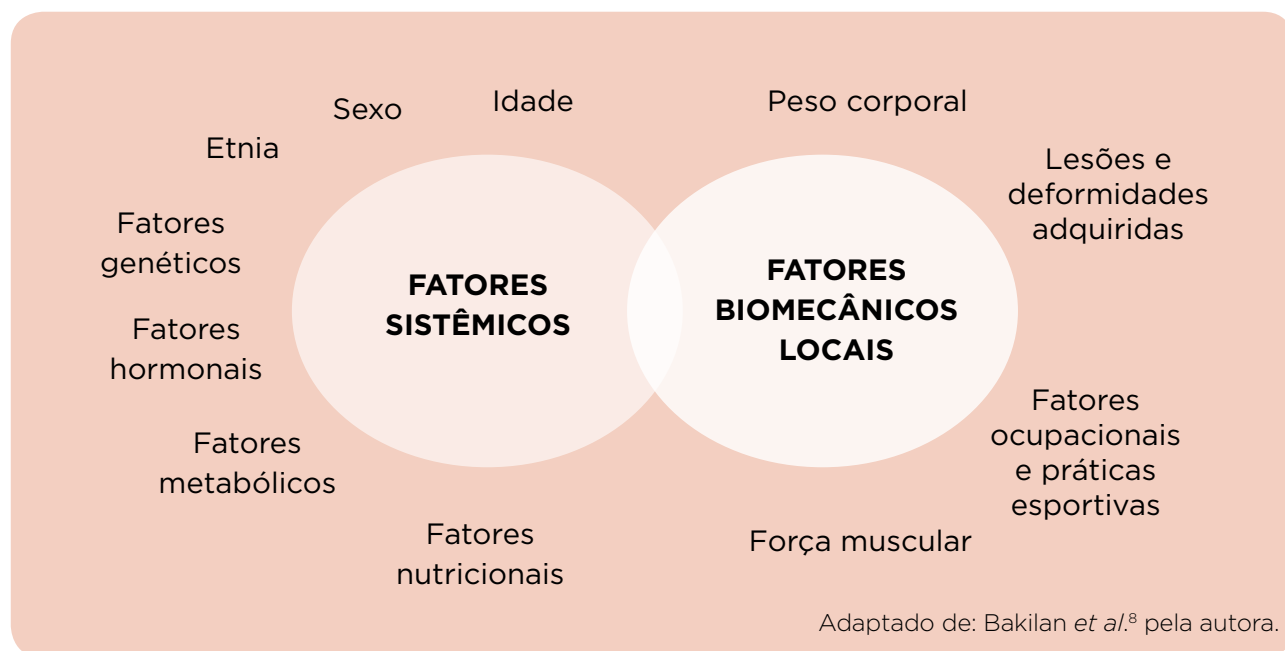


Figura 3. Principais fatores envolvidos na etiologia da osteoartrose, aos quais o médico deve se atentar quando iniciar o tratamento do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Altman R, *et al.* The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. *Arthritis Rheum* 1990;33:1601-10.
2. Ge Z, *et al.* Osteoarthritis and therapy. *Arthritis Rheum* 2006;55(3):493-500.
3. Mazières B, *et al.* Molecular markers of cartilage breakdown and synovitis at baseline as predictors of structural progression of hip osteoarthritis. The ECHODIAH Cohort. *Ann Rheum Dis* 2006;65(3):354-9.
4. Roddy E, *et al.* Evidence-based recommendations for the role of exercise in the management of osteoarthritis of the hip or knee - the MOVE consensus. *Rheumatology (Oxford)* 2005;44(1):67-73.
5. Rothschild B, Panza R. Inverse relationship of osteoarthritis to weight: the bird lesson. *Clin Exp Rheumatol* 2006;24(2):218-9.
6. Sarzi-Puttini P, *et al.* Osteoarthritis: an overview of the disease and its treatment strategies. *Semin Arthritis Rheum* 2005;35(1):1-10.
7. Mota LMH. Osteoartrose. *MedicinaNET*. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3610/osteoartrose.htm>>. Acesso em: 2 ago. 2018.
8. Bakilan F, Armagan O, Ozgen M, *et al.* Effects of Native Type II Collagen Treatment on Knee Osteoarthritis: A Randomized Controlled Trial. *Eurasian J Med* 2016;48(2):95-101.
9. Di Cesare Mannelli L, Micheli L, Zanardelli M, Ghelardini C. Low dose native type II collagen prevents pain in a rat osteoarthritis model. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2013;14:228. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2474/14/228>>. Acesso em: 2 ago. 2018.

As opiniões emitidas nesta publicação são de inteira responsabilidade da autora e não refletem, necessariamente, a opinião da editora.



© 2018. Todos os direitos reservados. OS 21441.

Rua Verbo Divino, 2001 | Conj. 408 | Torre B | Chácara Santo Antônio | São Paulo | SP | CEP 04719-002 | 55 11 5181.6369
partners@partnerspublishers.com.br. | É proibida a reprodução total ou parcial sem a autorização por escrito dos editores.

MOTILEX^{caps}

A REVOLUÇÃO DOS COLÁGENOS



Ajuda a interromper a destruição da cartilagem.



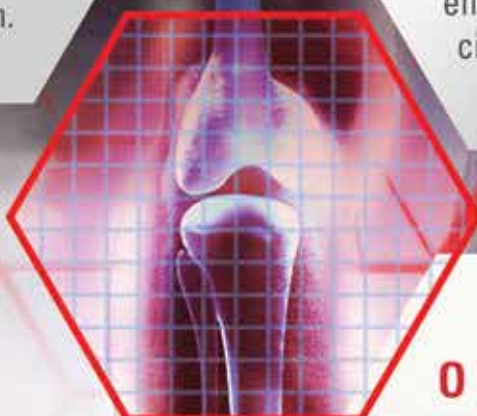
Auxilia no alívio da dor.



Tecnologia **b-2Cool**® com eficácia comprovada cientificamente em estudos.



Mantém a estrutura nativa do colágeno tipo 2.



O IMPULSO DA MOBILIDADE COM O ALÍVIO DA DOR.

