

SECCO EICHENBERG

Catedrático interino substituto da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre.
Docente Livre de Clínica Cirúrgica.

Chefe de Clínica da enfermaria "Prof. Guerra Blessmann", 18.^a da Santa Casa de Misericórdia de P. Alegre.

Médico Chefe da Protectora — Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho — Pôrto Alegre.

Sinosostose congenita radio-cubital superior

Considerações em tôrno dum caso clínico

*Separata de «Medicina e Cirurgia»
Revista da Diretoria de Saúde Pública
de Porto Alegre*

Ano 8 - Janeiro a Abril 1946 - N. 1, Tomo 8



01-04/1946-MED-CIRURGIA-'SINOSOSTOSE
RADIO-CUBITAL'

Livraria Continente
Porto Alegre
— 1946 —

Sinosostose congênita radio-cubital superior

Considerações em torno dum caso clínico

por SECCO EICHENBERG,

Docente Livre e Catedrático Interino Substituto da 2.^a cadeira de Cl. Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre — catedrático Prof. Guerra Blessmann.

Chefe de Clínica da “Enfermaria Professor Guerra Blessmann” — 18.^a — da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Médico Chefe da Protectora Companhia de Seguros contra Accidentes do Trabalho — Porto Alegre.

Em trabalho publicado em 1943, relativamente a um caso de sinostose congênita tibio-peroneana (1), aludimos de passagem ás sinostoses congênitas radio-cubitales, aliás mais frequentes que a primeira.

Poucos meses após, tivemos a oportunidade de apreciar entre os pacientes recolhidos à enfermaria “Professor Guerra Blessmann”, um caso de sinostose congênita radio-cubital do terço superior.

Tratava-se do seguinte paciente:

A. F., com 26 anos, branco, solteiro, jornalista, natural deste Estado, residente a rua Cristovão Colombo 1.500, e que baixara à enfermaria “Professor Guerra Blessmann” — 18.^a enf. da Santa Casa de Misericórdia, no dia 13 de Setembro de 1943, onde passou a ocupar o leito n.º 34, sob papeleta n.º 11.495.

Apresentava como queixa uma restrição de movimentos e força do membro superior esquerdo, em consequência de traumatismo sofrido na decorrência de uma queda de cavalo, sendo o segmento organico lesado, o membro superior esquerdo.

Após a queda, durante uns oito dias teve

restrição completa dos movimentos do punho E e incompleta do cotovelo E, movimentos estes, que decorrido o prazo aludido, foram se restabelecendo, permanecendo no entanto um deficit, principalmente quanto à força, e os movimentos limitados em relação ao período anterior ao traumatismo relatado, eram acompanhados de dor, tanto no punho como ao nível do cotovelo EE.

O paciente afirmava que antes do traumatismo sofrido, podia usar livremente ambos os membros superiores, sem haver notado quaisquer diferenças entre os dois membros homologos.

Quanto ao tratamento, que então lhe foi administrado, este consistiu em repouso por imobilização do membro superior E numa tipóia e aplicações de umas compressas frias nos primeiros dias que se seguiram à queda.

Em seu passado morbido pessoal e familiar, só havia de interessante a assinalar, um cancro sífilítico adquirido pelo paciente alguns anos antes.

Ao exame clínico notava-se um leve grão de atrofia muscular do membro superior esquerdo, em comparação com o lado homologo, especialmente para o antebraço. Leve defor-

midade ao nível do punho E, com a mão em posição vara, em gráo mínimo.

Mobilidade ativa e passiva do membro superior E. era mais ou menos normal, salvo a incapacidade total de realizar os movimentos de pronação e supinação. Antebraço esquerdo com os ossos em posição de pronação fixa. Força diminuída em gráo medio, para o trabalho manual pesado, especialmente devido à limitação de movimentos da articulação do punho E, em gráo medio, acompanhada de dores.

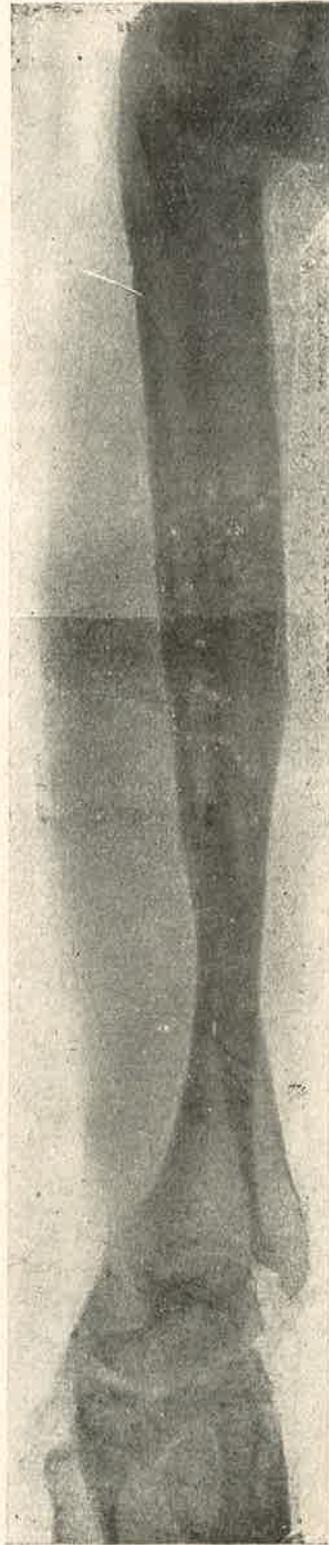
A limitação dos movimentos de pronação e supinação, após um trauma, nos levaram a pensar numa lesão traumática dos ossos do antebraço com um possível calo conjunto de ambos os ossos, se bem que pela palpação não nos fosse possível, verificar o correspondente calo osseo, em toda a altura do antebraço.

As radiografias que a seguir reproduzimos, infelizmente não as melhores que possuíamos, pois a mais nítidas nos foram extraviadas, nos mostraram, no entanto, que algo diversa era a razão que impedia a realização dos movimentos da pronação e supinação.

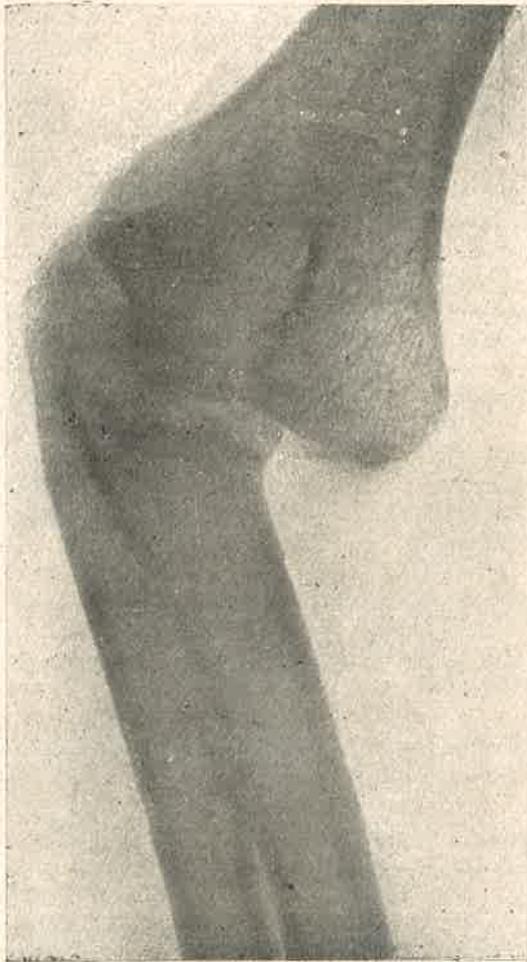
A radiografia número 2, aliás tecnicamente imperfeita, nos mostra, na posição de perfil, uma verdadeira soldadura de ambos os ossos do antebraço esquerdo ao nível das epífises superiores. E este nível, bem como nas radiografias seguintes, não é possível encontrar qualquer sinal de deformidade que nos demonstrasse a presença de uma fratura antiga (há menos de um ano) e seu correspondente calo osseo. A soldadura é por demais regular, para que se a poudesse interpretar como resultante de um calo osseo comum de fratura de ambos os ossos do antebraço ao nível de seu terço superior.

Nesta radiografia podemos verificar a estrutura ossea íntima da soldadura, com a aproximação das duas corticaes, que se soldando, vão afinando até desaparecerem, sendo que ao nível da epífise conjunta somente existem as corticaes externas de ambos os ossos. A epífise superior do radio penetra e se fundiona intimamente na epífise superior do cubito.

Em uma das radiografias extraviadas, a textura da soldadura era muito mais nítida: notava-se que a cortical do segmento



radial na sua face inferior estava quasi totalmente destruida, havendo na parte media um verdadeiro entrecrusamento de trabeculas do segmento radial para o cubital. Na face superior, ainda continuava (a cortical) relativamente integra, se bem que bastante mais delgada. No ponto de penetração existe uma continuação perfeito e regular de ambas as corticeas dos dois ossos.



A cortical cubital era perfeitamente nítida acima e abaixo do segmento radial, mas não podia ser observada ao nível do ponto de penetração do segmento radial. Este é mais um elemento a favor da hipótese de uma sinostose, pois se a imagem fosse sim-

plesmente a superposição de imagens, em uma posição anômala, mesmo ao nível do cruzamento das sombras osseas, continuaríamos a perceber a sombra da cortical.

Esta primeira radiografia, que reproduz todo o segmento osseo de antebraço, nos revela a sub-luxação cubito-carpica, em consequência à posição e curvatura anômala de ambos os ossos do antebraço em questão.

Esta transformação das relações articulares radio-cubito-carpianas, era em grande parte a responsável pela diminuição de função do membro superior esquerdo do paciente.

A reação de Wassermann feita a 5.10.1943 e repetida a 3.12.1943 deu francamente positiva ++++.

Se bem que o exame clínico vinha provar a existência de uma sinostose radio-cubital, deixava no entanto em dúvida a etiologia, si adquirida, como calo vicioso comum de fratura de ambos os ossos do antebraço ao nível do terço superior, consequência da queda sofrida ou si uma sinostose congenita.

A favor da primeira hipótese militava a informação do paciente de que antes da queda, ele não tinha diferença, tanto para força como para movimento, entre ambos os membros superiores.

Em favor da segunda hipótese, obrigatoria de ser formulada, si não se admitia fratura e calo comum, pois inegável era o obstáculo aos movimentos de pronação e supinação, se enfileiravam a ausência de deformidade palpável (calo osseo comum, sempre exuberante), as sequências post-traumáticas, que deviam ter havido, dado ao des-caso com que o paciente foi atendido após a queda, e que principalmente pela falta de imobilização adequada, em caso de uma fratura comum de ambos os ossos, deveria ter trazido consigo grande deformidade, e finalmente o fato que diante da mentalidade do paciente, dificilmente se poderia confiar nas suas declarações quanto à época da instalação da ausência de pronação supinação.

O exame radiológico confirmava a existência da sinostose e definia a sua qualidade, não revelando lesões que pudessem ser atribuídas a uma fratura de ambos os ossos do antebraço no terço superior, ocorrida um ano e poucos meses antes.

Por conseguinte, quando o paciente sofreu a sua queda, já tinha a sinostose congenita radio-cubital superior; já tinha a falta dos movimentos de supinação e pronação, mas conservava boa força e bom uso do punho e da mão.

A queda veio acarretar a lesão do punho e quiça a disjunção observada ao nível da extremidade inferior do antebraço tenha sido causada nesse momento, acarretando depois este entrave de força e movimento, que veio chamar a atenção do paciente para esta incapacidade, que sendo baseada em duas lesões ou deformidades, entretanto só foi revelada pela segunda, ao nível do punho e proveniente da queda.

A atrofia muscular e a diminuição de força e certo grão de anclóse da articulação do punho são decorrências da queda, que veio agravar, pela disjunção radio-cubito-carpiana e suas consequências, uma situação que já se encontrava propícia a uma decorrência desta natureza, pela sinostose congenita radio-cubital superior.

Em nosso trabalho já aludido (1) fixamos que a sinostose congenita radio-cubital era mais frequente e por uma questão de ilustração do assunto das sinostoses em geral, fizemos um rapido esboço dessa deformidade situada no antebraço, que não deixava de apresentar íntimos pontos de união com a deformidade ossea congenita que então descreviamos, isto é, a sinostose congenita tibio-peroneana.

A sinostose congenita radio-cubital superior, segundo a opinião de BOPPE expressa no tratado de OMBREDAMNE e MATHIEU (2), é uma deformidade relativamente rara. Cita esta autor dados numericos retirados de duas téses ou monografias, mas ambas algo antigas, pelo que estes valores não deverão ser tratados como definitivos, mas já ultrapassados. Assim, MOUCHET e LELEU em 1925 afirmavam terem encontrado citados na literatura medica 141 casos, enquanto que ADIB CHAS-SIN, sete anos mais tarde, em 1932, encontrou 151 casos.

Creemos que o desenvolvimento da radiologia e a progressiva sistematização de seu emprego, ao lado do progresso crescente da ortopedia, devem ter permitido a verifica-

ção de um maior número destas deformidades e por conseguinte, maior deverá ser o número actual.

Segundo BOPPE (2) a primeira observação cadaverica pertence a LENOIR (1817). RAIS (1907), KIENBOECK (1910), MELCHIOR (1912) e BEAUCHARD (1921) estudaram a sinostose congenita radio-cubital e especialmente a sua localização mais importante, ao nível do terço superior do antebraço. (3)

É às vezes bilateral. MOUCHET e LELEU (2) encontraram a bilateralidade em 84 vezes sobre 141 casos anotados e KIENBOECK (3) em 17 vezes sobre 30 casos estudados.

Predomina no sexo masculino e frequentemente apresenta o característico de hereditaria e familiar. FAHLSTROEM e COPPA (7) a julgam familiar.

Assim, DAVENPORT, TAYLOR e L. NELSON (1924) (2) encontraram 14 casos em tres gerações duma família. MOUCHET e LELEU a encontraram com relativa frequência em israelitas e em descendência de casamentos consanguíneos.

BLUMENTHAL e KIEGLINDE a observaram em 2 a 3 gerações consecutivas (3). MERCER (4) a declara igualmente encontrada em ambos os sexos.

STEINDLER (5) ao comparar as duas localizações da sinostose congenita radio-cubital, a superior e a inferior, declara que esta última é muito mais rara, mas que pode coexistir concomitantemente com a do terço superior, pois em 200 casos revisados, em quatro, encontrou a deformidade, tanto no terço superior como no inferior.

APPRAILLE (4) encontrou também um caso de sinostose congenita radio-cubital em ambas as extremidades do antebraço.

GARRÉ e BORCHARDT (6) julgam a sinostose radio-cubital uma das mais frequentes deformidades congénitas dos ossos do antebraço, se bem que este característico desapareça logo que se as compare com as deformidades osseas em geral.

STEINDLER (5) a julga mais frequente que a radio-humeral e a cubito-humeral.

As vezes a sinostose congenita radio-cubital, especialmente a superior, pode ser en-

contrada acompanhada de outras deformidades ósseas ao nível do cotovelo, do punho e da mão.

Assim, MELCHIOR (4) a encontrou acompanhada da deformidade de Madelung. BOPPE (2) a considera como podendo acompanhar-se de lesões acessórias de visinhança, como sejam: osteofitos, deformidades da articulação do cotovelo; ou lesões a distância, na extremidade inferior do radio e do cubito. Não fala se estas últimas são também congénitas ou podem ser adquiridas, ou ainda, si podem ser consideradas como de compensação.

No nosso caso, queremos erer que sejam decorrentes do trauma sofrido na queda do cavalo, mas quiçá facilitadas pelo encurvamento mais acentuado dos ossos do antebraço, em consequência da sinostose congénita radio-cubital superior.

ADIB CHASSIN (2) encontrou a atrofia de certos músculos e Dawson cita mesmo, a ausência de alguns músculos do antebraço. Estas lesões se nos parecem ser secundárias à lesão óssea, no caso da atrofia muscular, sendo condicionadas pela imobilidade e desuso de certos músculos pela posição fixa dos ossos do antebraço e consequente interferência nos movimentos de pronação e supinação.

A sinostose congénita radio-cubital superior é traduzida pela união íntima destes dois ossos, que normalmente se apresentam separados, em nível de um determinado segmento. União esta, com a qual o individuo já nasce, não sendo pois consequência de uma consolidação viciosa em calo unico de uma fratura dos ossos do antebraço, quando então seria adquirida.

WILLKIE (8) citado por CAMPBELL descreve dois tipos de sinostose congénita radio-cubital superior:

a) Primeiro tipo ou sinostose verdadeira-total que apresenta a união íntima entre ambos os ossos ao nível de suas epífises superiores, com a cabeça radial mal desenvolvida.

b) Segundo tipo — ou sinostose parcial ou lateral, apresentando a cabeça radial parciai ou totalmente livre, mais ou menos desenvolvida, deslocada ou para a frente ou para traz, e a fusão óssea se fazendo en-

tre o radio e o cubito ao nível de seus terços superiores.

No primeiro caso não existe divisão entre as medulas ósseas ao nível da fusão ou da sinostose, enquanto que na segunda podemos sempre encontrar entre ambas as medulas, resquícios das corticaes fusionadas.

Nosso caso, conforme se depreende das radiografias, se enquadra no tipo de uma sinostose verdadeira.

MAISSONNET (3) acha o segundo tipo excepcional e a fusão se produz nas extremidades dos ossos; as sinostoses radio-cubitales inferiores, aliás como já vimos, muito mais raras, são quasi sempre deste segundo tipo.

MERCER (4) adopta a divisão de WILLKIE e chama o segundo tipo de sinostose diafisaria com deslocamento da cabeça radial.

BOPPE declara que a sinostose congénita radio-cubital superior, se dá justamente ao nível do ponto onde, em pronação, os ossos do antebraço estão mais aproximados.

Daí, para este autor, e para a maioria dos tratadistas, a posição ou atitude clínica invariável deste segmento do membro superior, o antebraço em pronação.

STEINDLER (9) declara que esta posição é em pronação extrema, enquanto que MERCER (4) a classifica de semi-pronação.

A sinostose é quasi sempre íntima, os ossos se unem, parecendo que o radio se implanta no terço superior do cubito, isto no primeiro tipo. O tamanho da sinostose, pode variar e os valores extremos citados, que encontramos na literatura medica, foram de 2 cms. (TOMESKU) a 6 cms. (PALUGI). O nosso caso fica entre estes valores.

JEAN e TOMESKU (2) apreciaram um caso de fusão superficial interessando tão somente o periostéo e LIEBLEIN (2) observou um simples caso de aderencia fibrosa.

Nestes casos sempre poderia haver a hipótese de ser a sinostose, se assim poudeser chamada, o residuo cicatricial de uma lesão inflamatória aguda ou crónica.

Quanto à etiologia e à etiopatogenia ainda tudo é obscuro, tudo são hipóteses. Parece fóra de dúvida que a grande maioria das autoridades no assunto abandonaram a teoria da compressão amniótica de Dareste.

BOPPE (2) ao estudar a teoria da parada de desenvolvimento, com a explicação de THEBLEIN (2) que segundo os trabalhos de BADEN e LEWIS, na altura da quarta semana, as duas extremidades superiores do radio e cubito estão unidas, declara que tal situação poderia explicar os raríssimos casos de sinostose em supinação, mas não os muito mais frequentes, em pronação, pois esta posição, embriologicamente, só se estabelece depois dos ossos ou dos seus núcleos cartilagosos estarem separados.

TOMESKU e ADIB-CHASSIN (2) falam duma artrite fetal com cura que resulta na sinostose. Mas qual a causa desta artrite e como enquadrar esta hipótese nos característicos da hereditariedade e bilateralidade das sinostoses.

O elemento sífilis é considerado por OMBREDAMNE (2) como secundario, mas como nem todos os casos de sinostose foram pesquisados clínica e laboratorialmente para a sífilis, o próprio OMBREDAMNE declara que as conclusões não podem ser definitivas. — Nosso paciente é um sífilítico com varios Wassermann ++++ e sem tratamento, citando o cancro sífilítico previo.

MERCER (4) declara que esta deformidade é essencialmente uma parada de desenvolvimento: o radio e o cubito vem de uma massa única do mesoderma, como um verdadeiro par de bastonetes cartilagosos. No quinto mes, o antebraço que se encontra acolado ao tronco, apresenta ambos os ossos (bastonetes cartilagosos) entre a posição de supinação e de pronação. Si a separação normal não ocorre, ou si a condrificação e depois a ossificação se fizer por entre o tecido mesodermico que os separa, teremos a sinostose.

É para HAMILTON a reversão à antebraço inferior na escala zoologica.

A sinostose do segundo tipo, ocorre mais tarde e WILLKIE (4) acredita que se pode dar após o nascimento, por irritação das superficies osseas pelo atrito ocasionado pelos excessos de movimento do recém-nascido. Deixaria então, aceita esta hipótese, de ser congenita.

A não ser que na família já tenha sido diagnosticado um caso de sinostose, é raro que esta deformidade seja percebida nos

primeiros anos de vida. Naturalmente que o característico hereditário e familiar levaria à pesquisa precoce nos recém-nascidos descendentes desta família.

No geral entre a primeira e a segunda infância, certa imperfeição nos movimentos ou ações de um dos membros superiores ou de ambos, chama a atenção para a possibilidade de uma anormalidade na constituição anatomica de um segmento do mesmo.

Estas considerações vem confirmar nosso ponto de vista, de que a declaração do paciente sobre a igualdade de movimentos, especialmente quanto aos de supinação e pronação antes da queda, não devia merecer maior credito. Si a percepção de qualquer anormalidade, já é difficil entre elementos mais educados e de psiquismo mais lúcido, será mesmo ignorada entre pessoas do nivel intelectual do paciente e de sua familia.

Na posição ereta, o membro superior caindo livremente ao longo do corpo, a face palmar pode olhar para dentro, para tras e mesmo nos casos mais graves, para fóra, e não para a frente como normalmente.

Pode ou não haver atrofia muscular. Existe impossibilidade dos movimentos de pronação e supinação, cuja falta pode até certo ponto ser mascarada a custa dos movimentos da espadua.

RECCIUS (10) cita um caso de uma criança de oito anos, com sinostose bilateral, cujos movimentos de supinação e pronação eram supridos por uma mobilidade anormal, quasi patologica de ambas as articulações escapulo-humeraes.

WERNECK e BATISTA (11) pela posição do antebraço em pronação, chamaram a sinostose congenita radio-cubital superior de "pronação congenita".

Si na sinostose do tipo numero dois, existir a luxação ou subluxação da cabeça radial para a frente, então será possível observar certa dificuldade de flexão ao antebraço sobre o braço. (3)

Em casos de sinostoses bilateraes, o diagnostico desta deformidade congenita é facil, mas nas unilateraes, deveremos distinguí-las das sinostoses adquiridas, traumáticas ou inflamatórias.

Neste ponto nos são de valor o conhecimento exato dos antecedentes e o exame ra-

diológico. BOPPE (2) nos chama a atenção que nas sinostoses congenitas, na quasi totalidade dos casos, especialmente nos tardiamente descobertos, sempre encontraremos a historia é a alegação de um trauma.

Nosso caso não fugiu a esta regra e somente as chapas radiograficas é que nos permitiram chegar à conclusão exata do diagnostico.

BRAILSFORD (7) chama a atenção que as velhas lesões da articulação do cotovelo deixam imagens radiologicas que podem se prestar a confusão com a sinostose radio-cubital congenita.

A possibilidade de uma pronação permanente por deformidade da cabeça do radio é muito rara e somente poderia ser encarada nos casos unilateraes.

Em geral as sinostoses congenitas se comportam mais silenciosas que as adquiridas, que opõe maior entrave funcional.

Na época actual com o controle radio-

lógico, quasi universalizado das fraturas, será muito mais facil provar a qualidade adquirida ou congenita das sinostoses.

Quanto ao tratamento, os resultados não são nada satisfatorios, sendo preconizados, se bem que com reservas, as técnicas de GALEAZZI e DAWSON.

WILLKIE (8) julga que no primeiro tipo de sinostose congenita radio-cubital superior, o prognostico é muito mais desfavoravel que no segundo, dadas as modificações estructuraes muito mais intensas das epifises superiores.

Quanto ao tratamento, cedemos o nosso caso clínico, ao nosso colega e amigo Doc. Livre E. J. Kanan, ortopedista do serviço.

Deste colega recebemos em Agosto de 1944, após intervenção praticada, a confirmação operatoria de nosso diagnostico clínico. Era pois, indubitavelmente uma sinostose congenita radio-cubital superior a esquerda.

BIBLIOGRAFIA

1. — SECCO EICHENBERG — *Sinostose congenita tibio-peroneana unilateral*. Medicina e Cirurgia. — Revista da Diretoria da Saúde Pública de Porto Alegre. — Ano V — 1943 — n.º 1 — T 5. —
2. — BOPPE, M. — *L'Avant-Bras* — in *Traité de Chirurgie Orthopedique par Ombredanne et Mathieu* — Vol. III — pág. 2384.
3. — MAISONNET, J. — *Miembros* — in *Tratado de Patologia Quirurgica por A. Basset et Otros*. 1.ª ed. espanhola do frances — T. II — 1934. Salvat ed. Barcelona.
4. — MERCER, WALTER — *Orthopedic Surgery*. Arnold ed. — End ed. — 1936 — London.
5. — STEINDLER, ARTHUR — *Orthopedic Operations*. 1940 — Charles C. Thomas — USA.
6. — BORCHARD, A. & GARRE, E. — *Lehrbuch der Chirurgie*. 7.ª ed. — 1933 — Berlin.
7. — BRAILSFORD, J. F. — *The radiology of bones and joints*. 3d. ed. — Churchill ed. — London — 1944.
8. — CAMPBELL, WILLIS — *Operative Orthopedics* — 1939. H. Kimpton — London.
9. — STEINDLER, ARTHUR — *Reconstructive surgery of the upper extremity*. 1923 — Appleton — USA.
10. — RECCIUS, E. ADOLFO — *Tratado de Diagnostico Quirurgico*. 1940 — Chile.
11. — WERNECK, CARLOS & BATISTA, RAUL — *Tratado clínico de Diagnostico Cirurgico*. Vol. — I — Membro superior. 1921 — Rio de Janeiro.