



Resumo Estruturado do BS



Artigo: Corrida e Osteoartrose do Joelho



Resumo Estruturado: Corrida e Osteoartrose do Joelho

Artigo original: Effects of Running on the Development of Knee Osteoarthritis: An Updated Systematic Review at Short-Term Follow-up

Autor(es): Dhillon J, Kraeutler MJ, Belk JW, Scillia AJ, McCarty EC, Ansah-Twum JK, McCulloch PC

Revista: Orthopaedic Journal of Sports Medicine (Sage / AOSSM)

Ano: Vol. 11, Issue 3, 23259671231152900 (Março 2023)

DOI: 10.1177/23259671231152900



INTRODUÇÃO / CONTEXTO

A osteoartrose (OA) do joelho é o distúrbio articular mais comum nos Estados Unidos e uma das principais causas de incapacidade na população idosa. É vista radiograficamente em 33% dos adultos acima de 60 anos, com prevalência de OA sintomática (SOA) de aproximadamente 10% em homens e 13% em mulheres nessa faixa etária. Os fatores de risco classicamente reconhecidos incluem idade, obesidade, ocupação, trauma articular prévio e movimentos repetitivos como ajoelhar e agachar. Mais recentemente, o entendimento mudou: a OA não é mais vista como uma doença puramente cartilaginosa, mas sim como uma doença crônica de todo o joelho — envolvendo cartilagem articular, menisco, ligamentos, musculatura periarticular, e mediada por citocinas, leptina e forças mecânicas.

Nesse contexto, o impacto da corrida sobre o desenvolvimento de OA do joelho permanece uma das perguntas mais frequentes no consultório do cirurgião de joelho. A resposta da literatura é historicamente contraditória: alguns estudos sugerem que correr aumenta o risco de OA, enquanto outros defendem que a corrida tem efeito protetor. A pergunta importa porque envolve dois grupos distintos de pacientes — o corredor recreacional saudável que quer saber se vai "gastar" o joelho, e o paciente já com OA leve a moderada que quer saber se pode continuar correndo.

Esta revisão sistemática de 2023, conduzida pelo grupo de Kraeutler (Houston Methodist) e publicada no Orthopaedic Journal of Sports Medicine, atualiza a meta-análise de Timmins et al (AJSM, 2017) acrescentando 7.944 pacientes adicionais ao corpo de evidência. O objetivo é responder de forma estruturada se corrida cumulativa altera o curso da OA do joelho — avaliando tanto desfechos relatados pelo paciente (PROs) quanto achados radiológicos e ressonância. A hipótese dos autores foi de que não haveria diferenças significativas entre corredores de alto volume e não-corredores.

OBJETIVO

Realizar uma revisão sistemática atualizada da literatura para determinar os efeitos da corrida sobre o desenvolvimento de osteoartrose do joelho, avaliando tanto desfechos clínicos relatados pelos pacientes (PROs) quanto achados radiológicos (radiografia simples e RM).

MÉTODOS

Revisão sistemática conduzida segundo as diretrizes PRISMA. Dois revisores independentes (J.D., J.W.B.) pesquisaram as bases PubMed, Embase e Cochrane Library até 3 de outubro de 2021. Estratégia de busca: "knee AND osteoarthritis AND (run OR running OR runner)". Foram revisados 1.485 estudos por título/resumo, mais 13 identificados via literatura cinzenta. Discordâncias entre os dois revisores foram resolvidas por um terceiro (M.J.K.).

Critérios de inclusão: estudos avaliando o efeito da corrida cumulativa sobre o desenvolvimento de OA do joelho ou dano condral, baseados em imagem ou PROs. Critérios de exclusão: estudos não relacionados ao joelho, não humanos, não em inglês. Um estudo cujo texto integral não foi disponível também foi excluído.

Desfechos avaliados — PROs: presença de dor no joelho (6 estudos), KOOS (2 estudos), HAQ-DI (1 estudo). Radiológicos: OA radiográfica pela escala de Kellgren-Lawrence (6 estudos), MRI T2 mapping (1 estudo), MOAKS (1 estudo), critérios de Ahlbäck (3 estudos), estreitamento do espaço articular pelo Atlas OARSI (3 estudos), osteófitos tibiofemoral e patelofemoral (2 estudos).

Qualidade metodológica avaliada pelo Modified Coleman Methodology Score (MCMS, escala 0-100). Análise estatística: média ponderada para variáveis numéricas; qui-quadrado para comparação de dor no joelho e prótese total entre corredores e não-corredores.

RESULTADOS PRINCIPAIS

Foram incluídos 17 estudos, totalizando 14.141 pacientes — 7.194 corredores e 6.947 não-corredores. Distribuição por nível de evidência: 6 estudos nível 2, 9 nível 3 e 2 nível 4. Idade média de 56,2 anos no grupo corredor e 61,6 anos no grupo não-corredor. IMC médio de 26,7 kg/m² nos corredores versus 28,0 kg/m² nos não-corredores. Seguimento médio de 55,8 meses nos corredores e 99,7 meses nos não-corredores. Predomínio masculino (58,5%). Pontuação MCMS média de 63,2 ± 13,9 (qualidade "razoável"), com apenas 2 estudos atingindo classificação "excelente".

Dor no joelho: 5 estudos com dados comparativos. Prevalência global de dor significativamente maior no grupo não-corredor — 41% (1.658/4.041) versus 28,2% (384/1.360) nos corredores ($p < 0,0001$). O efeito foi dirigido principalmente pelo estudo de Lo et al (2017), que mostrou prevalência de 58,8% vs 35,4% ($p < 0,0001$). Os demais estudos individualmente não atingiram significância estatística, mas tenderam na mesma direção.

OA radiográfica e estreitamento do espaço articular: três estudos compararam ROA entre corredores e não-corredores e nenhum encontrou diferença significativa (Chakravarty 2008: 20% vs 32%, $p > 0,05$; Lo 2017: 53,5% vs 58,8%, $p > 0,05$). O único estudo a encontrar maior

prevalência de estreitamento patelofemoral e osteófitos nos corredores foi Spector et al (1996), com população exclusivamente feminina de ex-atletas.

Achados na RM: três estudos (Mosher 2010, Mühlbauer 2000, Konradsen 1990) compararam espessura de cartilagem entre corredores e não-corredores em diferentes compartimentos (patela, tróclea, côndilos femorais, planalto tibial) — nenhum encontrou diferença significativa. Horga et al (2019) usaram MOAKS após maratona e descreveram melhora em estruturas como cartilagem da patela lateral, tendão do semimembranoso, banda iliotibial e bursa pré-patelar nos corredores. Não houve diferença na prevalência de lesões meniscais.

Progressão para artroplastia total do joelho (ATJ): Lo et al (2018) — sem diferença significativa (3,9% vs 4,3%; $p=0,79$). Lo et al (2017) — taxa significativamente menor de ATJ entre corredores: 2,6% (20/778) versus 4,6% (86/1.859) nos não-corredores ($p=0,014$). Manninen et al (2001) mostraram que pacientes com alto volume cumulativo de exercício (≥ 8.654 horas em homens e ≥ 6.862 em mulheres aos 49 anos) tiveram risco significativamente menor de artroplastia versus sedentários ($p<0,05$).

Síntese geral: nenhuma evidência consistente de que correr piore PROs ou achados radiológicos no curto e médio prazo. Sinal de proteção sugerido em três frentes: menor dor no joelho, menor taxa de progressão para ATJ no estudo de maior peso, e menor IMC nos corredores.

CONCLUSÃO DOS AUTORES

No curto prazo, a corrida não está associada à piora dos desfechos relatados pelos pacientes ou de sinais radiológicos de osteoartrose do joelho, e pode ter efeito protetor contra dor generalizada do joelho.

DISCUSSÃO BS

Esse é um daqueles papers que serve menos para mudar conduta e mais para nos dar munção no consultório. A pergunta "doutor, posso voltar a correr?" aparece toda semana. A resposta honesta, baseada no que esta SR consolida, é: sim, no curto e médio prazo, sem evidência de dano. E em alguns desfechos (dor, progressão para prótese, IMC) a corrida até parece proteger.

Mas vale separar o que o trabalho diz do que ele não diz. Ele diz que correr 4-15 milhas por semana por anos não está associado a mais OA radiográfica, mais estreitamento do espaço articular ou menos cartilagem na RM. Não diz nada sobre corredor de elite, ultramaratonista ou mecânica de corrida ruim. A média de seguimento dos corredores foi de 55,8 meses — pouco menos de 5 anos. Para uma doença que leva 20-30 anos para se instalar, "curto prazo" é literalmente curto.

O ponto que mais me incomoda na metodologia é o viés de seleção. Quem corre por 30 anos é, por definição, alguém cujo joelho aguentou correr por 30 anos. Os que não aguentaram pararam antes e provavelmente foram parar nos não-corredores. É o "healthy runner bias" clássico — a SR menciona, mas não tem como controlar. O IMC

sistematicamente menor no grupo corredor (26,7 vs 28,0) reforça isso: a comparação não é "corrida vs sedentarismo com tudo o mais igual", é "corredor vs população geral".

Sobre o achado de menor prótese em corredores (2,6% vs 4,6% no Lo 2017): cuidado com a leitura mecanicista. Não é que a corrida lubrifica a cartilagem ou regenera condrócito. É mais provável que sejam fenótipos diferentes de paciente — quem corre tem menor IMC, melhor controle metabólico, mais massa muscular e melhor função geral. Quando recomendar corrida ao paciente, o argumento real é esse, não "corrida não dá artrose".

O que eu levo para o consultório: paciente sem lesão prévia, IMC controlado, sem deformidade significativa — corrida liberada, sem necessidade de restringir volume ou frequência por causa de "risco de OA". Paciente com OA leve a moderada já estabelecida — corrida não acelera progressão pela melhor evidência atual, mas o suporte é mais frágil (poucos estudos, populações pequenas, follow-up curto). Paciente operado de LCA, menisco ou cartilagem — esse paper não cobre. Aqui o viés de seleção fica em outro lugar e a evidência específica precisa ser buscada separadamente.

Uma limitação que vale frisar para quem vai discutir este tema: a SR tem nível de evidência 4 e MCMS médio "razoável". Dos 17 estudos, apenas 2 são "excelentes" pelo MCMS, e 5 são "ruins". A heterogeneidade entre os estudos é grande — variam idade, volume de corrida, definição de OA, instrumentos de PRO. A força da conclusão vem mais do tamanho da amostra agregada (14 mil pacientes) e da consistência da direção do efeito do que da qualidade individual dos estudos.

Para uso editorial no BS: este artigo conversa direto com aulas de prevenção, retorno ao esporte e contraindicações. Funciona bem como referência em qualquer módulo que toque OA e atividade física. Para discussão em grupo, a pergunta mais produtiva talvez não seja "corrida causa OA?" — a literatura já fechou esse debate — mas sim "qual a dose, em qual paciente, com qual técnica?". É aí que ainda há espaço para pesquisa relevante, especialmente em pacientes pós-cirúrgicos, que esta SR não cobre.

BS Papers — É uma divisão do grupo BS KNEE RESEARCH SERVIÇOS LTDA.

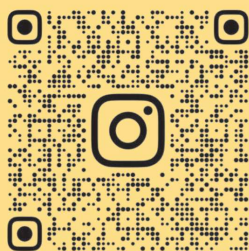
A **BS Knee Papers** tem como missão facilitar o acesso às principais evidências científicas em cirurgia do joelho e medicina esportiva, traduzindo estudos relevantes da literatura internacional em resumos objetivos e acessíveis para profissionais da saúde.

Este material faz parte de nossa iniciativa de difusão de conhecimento científico, reunindo sínteses estruturadas de artigos publicados em revistas científicas de referência na área.

Produção editorial
BS KNEE RESEARCH SERVIÇOS LTDA.

Acesse mais conteúdos científicos:
www.bspapers.com.br

Instagram: [@bs_papers](https://www.instagram.com/bs_papers)



@BS_PAPERS

Este material possui caráter exclusivamente educacional e não substitui a leitura do artigo científico original nem o julgamento clínico do profissional de saúde.

©2026 BS KNEE RESEARCH SERVIÇOS LTDA. Todos os direitos reservados.