

Caso Clínico/Case Report

Osteonecrose na gravidez – um caso clínico Osteonecrosis during pregnancy – a case report

Ana Ribeiro*, Mónica Bogas**, José Costa*, Lúcia Costa***, Domingos Araújo****

*Serviço Reumatologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho,
Ponte de Lima*

ABSTRACT

Although hip pain during pregnancy is not uncommon, resulting most often from the physiological changes of this period, avascular osteonecrosis of the hip is an extremely rare occurrence. The authors present the case of a 45-year-old woman, with pain and a marked limitation of mobility of the hip joints with two years of evolution. Complaints had started after the birth of her fifth son. Radiologic examinations evidenced changes compatible with bilateral hip osteonecrosis. No other risk factors for osteonecrosis were identified, apart from pregnancy. It is difficult to establish a causal relation between pregnancy and osteonecrosis. Because this association is rare, a high degree of suspicion is necessary to establish this challenging clinical diagnosis.

INTRODUÇÃO

A osteonecrose asséptica (ON) ocorre como resultado de várias condições clínicas bem reconhecidas, sendo a gravidez uma causa excepcional (Quadro I)¹. Pela raridade dos casos, é difícil estabelecer as causas subjacentes a esta patologia, mas acredita-se que a sua etiologia seja multifactorial².

A dor na anca durante a gravidez não é, no entanto incomum, ocorrendo em cerca de 38% das mulheres, resultante sobretudo de alterações fisiológicas durante este período, nomeadamente a compressão de estruturas pélvicas, o aumento da laxidez ligamentar induzida pela relaxina e a existência de alterações mecâni-

cas. Contudo, as coxopatias sintomáticas no decurso da gravidez ou no período pós-parto são raras^{1,3}.

Montella et al., em 1999, publicaram a maior série da literatura de ON na gravidez, com a descrição de 13 novos casos e a revisão de mais 37 casos já publicados. Na sua série verificaram que as ON no decurso da gravidez são mais frequentemente unilaterais e do lado esquerdo, enquanto as osteonecroses de outras etiologias são sobretudo bilaterais, afectando indiferentemente ambos os lados. Apesar de não haver evidência de qualquer forma de apresentação consistente, a dor surge como sintoma principal, com início súbito ou insidioso, sendo a limitação da mobilidade a manifestação mais frequente¹.

A osteonecrose na gravidez ou no período pós-parto surge então, como uma entidade clínica rara, que deve ser considerada no diagnóstico diferencial de dor na anca e que obriga a um elevado grau de suspeição clínica.

* Interna Complementar de Reumatologia

** Assistente Eventual de Reumatologia

*** Assistente Graduada de Reumatologia

**** Chefe de Serviço e Director do Serviço de Reumatologia

Quadro 1. Factores etiológicos de osteonecrose asséptica

Traumáticos

Fractura do colo femoral
Luxação ou fractura
Trauma menor

Não traumáticos

Corticoesteróides
Hipersecreção de cortisol
Abuso de álcool
Disbarismo
Hemoglobinopatias (anemia células falciformes)
Lúpus eritematoso sistémico
Doença de Gaucher
Insuficiência renal crónica ou hemodiálise
Pancreatite

Gravidez

Hiperlipidemia
Radiação
Transplante
Coagulação intravascular
Tromboflebite
Hábitos tabágicos
Hiperuricemia/ gota
Infecção VIH
Síndrome dos anticorpos antifosfolípidios
Idiopático

CASO CLÍNICO

Mulher de 40 anos, enviada à consulta de Reumatologia por dor e grande incapacidade funcional da marcha, com cerca de 2 anos de evolução. As queixas teriam tido início súbito durante a última semana de

Figura 1. Osteonecrose bilateral da anca em radiografia da bacia



Figuras 2 e 3. Osteonecrose bilateral da anca em radiografia da bacia (ampliada)

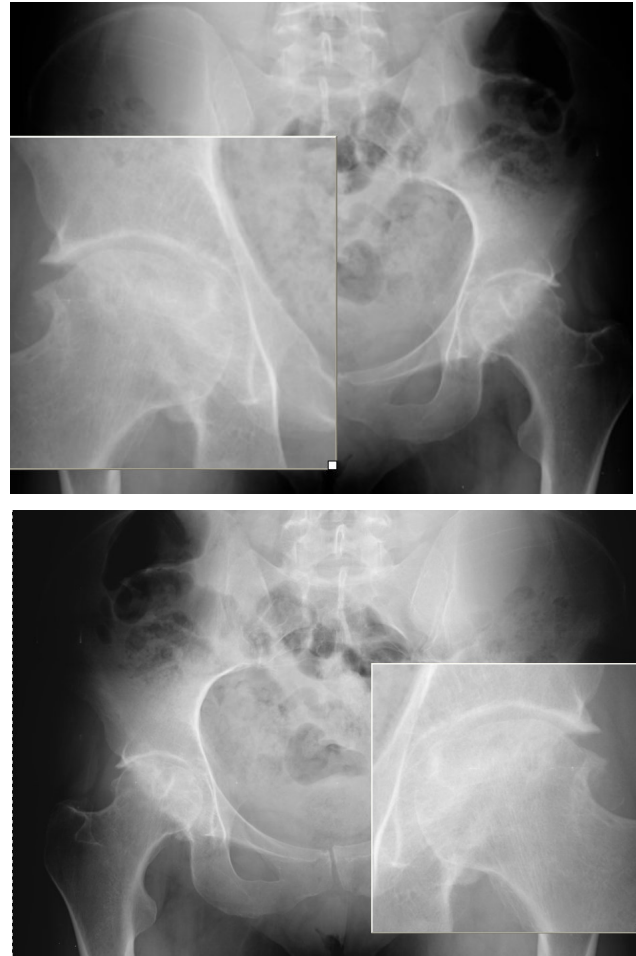


Figura 4. Prótese total da anca bilateral



gravidez do seu 5º filho e persistiram após o parto eutócico. Referia dor inguinal inicialmente intermitente, que se foi tornando persistente, de ritmo mecânico, sem alívio com medicação analgésica. Na história clínica foram excluídas as causas mais frequentes de osteonecrose, como uso de corticóides ou de contraceptivos orais, alcoolismo ou traumatismo. Não foram documentadas quaisquer outras intercorrências na gravidez ou durante o período peri-parto. Ao exame objectivo constatava-se limitação marcada da mobilidade de ambas as coxofemorais em todos os planos, mas foram excluídas quaisquer outras alterações articulares ou sistémicas que pudessem enquadrar-se no mesmo contexto clínico. No estudo analítico não apresentava qualquer alteração que sugerisse doença reumatológica inflamatória. As radiografias da bacia evidenciavam colapso severo de ambas as cabeças femorais com esclerose e diminuição marcada da entrelinha articular (osteonecrose Grau 5). (Fig 1,2,3)

O estado avançado do quadro clínico não permitiu qualquer atitude conservadora. Assim, a doente foi orientada para a consulta de Ortopedia, tendo sido submetida a cirurgia com colocação bilateral de prótese total da anca, à qual se seguiu uma melhoria funcional significativa. (Fig.4)

DISCUSSÃO

Apesar de a fisiopatologia da osteonecrose asséptica da gravidez ser ainda desconhecida, têm sido várias as teorias propostas. Entre os factores predisponentes, a congestão venosa (predominantemente à esquerda) tem sido frequentemente referida, fenómeno associado à anatomia da drenagem venosa dos membros inferiores na pelve, em que a veia ilíaca comum esquerda está sujeita a uma compressão excessiva pelo peso do feto em desenvolvimento, sobretudo com o decúbito lateral esquerdo durante o último trimestre da gravidez. Tal facto explica uma maior frequência de ON unilateral, afectando a anca esquerda durante este período^{2,5}. A hipercoagulabilidade, um estado bem documentado sobretudo no terceiro trimestre da gravidez, o stress mecânico e a sobrecarga resultantes do aumento excessivo de peso, bem como as várias modificações endócrinas, como a produção de estrogénios e

de progesterona pela placenta, que por destabilização endógena das lipoproteínas plasmáticas pode predispor a embolias de gordura, o aumento da actividade adrenocortical e habitualmente um hiperparatiroidismo discreto, resultante da hiperplasia da glândula paratiroide materna, são também frequentes no decurso da gravidez e podem contribuir para o desenvolvimento de ON neste período¹. Também a hiperestimulação ovárica por fármacos leva à ocorrência de hiperviscosidade e hipercoagulabilidade, que podem só por si aumentar o risco de osteonecrose⁶.

Apesar da osteonecrose ser rara durante a gravidez ou no período pós-parto, constitui a segunda causa de coxopatia com lesão estrutural no decurso da mesma³.

No caso descrito, a gravidez parece ter sido a única causa responsável pela necrose avascular, uma vez que não havia qualquer outro factor predisponente na história médica que a justificasse.

Dos casos referidos na literatura, as mulheres eram maioritariamente primigestas e com idades superiores a 30 anos, com início da dor tardiamente no 2º ou no 3º trimestre da gravidez, com baixa estatura e com um aumento significativo de peso durante a gravidez. A maioria apresentava também edema e varicosidades dos membros inferiores^{1,2,3,4,5}. Destes factores, a nossa doente apresentava apenas uma idade superior a 30 anos e um início tardio da sintomatologia no decurso da sua gravidez.

O diagnóstico de ON na avaliação de dor na anca durante a gravidez e período pós-parto é habitualmente tardio, sendo essencialmente clínico e imagiológico.

Numa fase inicial, a suspeição clínica é fundamental uma vez que a radiografia simples não mostrará qualquer alteração. No entanto, a ressonância magnética pode detectar alterações sugestivas de ON da cabeça femoral mesmo em fases precoces, sendo nesta fase essencial o diagnóstico diferencial com a osteoporose transitória da anca associada à gravidez. A etiologia desta última patologia é também desconhecida, mas a evolução é auto-limitada e o prognóstico é mais favorável. Clinicamente, as fases iniciais de ambas as doenças são semelhantes^{3,6,7}. Tal facto não é tão relevante no caso clínico descrito, uma vez que a doente apresentava já vários anos de evolução e um

estadio avançado de ON, que não colocava qualquer dificuldade no diagnóstico diferencial com a osteoporoze transitória da anca associada à gravidez.

A história natural da ON associada à gravidez não parece ser distinta da ON de outras etiologias e o tratamento óptimo desta situação é controverso dependendo da evolução clínica e imagiológica (classificação radiológica das ON).

Em fases iniciais, ainda sem evidência radiológica de ON pode ser suficiente a realização de descarga articular, medicação analgésica e reabilitação fisioterápica, de forma a prevenir alterações degenerativas secundárias. No entanto, em estadios mais evoluídos, com evidência de colapso da superfície articular, impõem-se os tratamentos cirúrgicos, incluindo a artroplastia da anca^{1,5}.

A ON pode cursar com incapacidade marcada e prolongada, pelo que a identificação destas situações é necessária não só para estabelecer o prognóstico em gravidezes subsequentes, mas também porque os casos de ON relacionado com a gravidez parecem ser reversíveis no período pós-parto se diagnosticados precocemente⁴, quer por RMN, método de imagem mais sensível para o diagnóstico precoce destas situações.

Em conclusão, este caso é ilustrativo da importância de uma vigilância continuada das doentes com coxalgia inexplicada durante a gravidez, evidenciando a

necessidade de uma avaliação conjunta multidisciplinar para um diagnóstico mais precoce e intervenção atempada, afim de modificar a evolução natural da doença, extremamente importante sobretudo perante doentes ainda jovens¹.

Esta entidade clínica, deve então ser do conhecimento de todos os médicos que lidam com mulheres grávidas, devendo ser incluída no diagnóstico diferencial de um quadro clínico de coxalgia durante a gravidez ou no período pós-parto.

BIBLIOGRAFIA

1. Sen P, Mukhopadhyay S, Desai V. Avascular necrosis of femoral head associated with pregnancy. *J Obstet Gynecol* 2006; 26(3): 269-70.
2. Vandebussche E, Madhar M, Nich C, Zribi W, Abdallah T, Augereau B. Bilateral osteonecroses of the femoral head after pregnancy- case report. *Arch Orth Trauma Surg* 2005; 125(3):201-3.
3. Steib-Furno S, Luc M, Pham T, Armingeat T, Porcu G, Gamberre M, Chagnaud C, Lafforgue P. Coxopathies associées à la grossesse: incidence et étiologies. *Revue du Rhumatisme* 2007 ;74:666-72.
4. Gribble RK, Emanuel Berres L. Idiopathic osteonecrosis of the hip during pregnancy: outcome in a subsequent gestation. *Obstet Gynecol* 2001; 98 (5 Pt2); 911-3.
5. Montella BJ, Nunley JA, Urbaniak JR. Osteonecrosis of the femoral head associated with pregnancy. A preliminary report. *J Bone Joint Surg* 1999; 81:790-8.
6. Valdepenas A, Berruezo M, Gutiérrez P, Garcia R. Osteonecrosis de ombro traz embarazo. *Reumatol Clin* 2007;3(3):137-8.
7. Hasegawa Y, Iwase T, Iwasada S, Kitamura S. Osteonecrosis of the femoral head associated with pregnancy. *Arch Orthop Trauma Surg* 1999;119:112-14.
8. McGuigan L, Fleming A. Osteonecrosis of the humerus related to pregnancy. *Ann Rheum Dis* 1983;42:597-99.