

USO CRÔNICO DE CORTICOSTERÓIDES E OSTEONECROSE

Valderílio F. Azevedo, Lúcio R. H. Felipe, Ranieri A. Moreira, Acir Rachid

Doente do sexo feminino, 33 anos, branca. Há 10 anos iniciou com fenômeno de Raynaud associado a artralgia, artrite de membros inferiores e rigidez matinal fugaz. Na evolução do quadro passou a apresentar outros sintomas compatíveis com um quadro de doença mista do tecido conjuntivo (DMTC). Em exames complementares apresentava anti-RNP positivo. Em uso de prednisona, cloroquina, metotrexato, fluoxetina e omeprazol.

Há 5 anos teve um primeiro episódio de dor súbita no joelho esquerdo, controlada com lexoprofeno. Há 4 anos devido a uso contínuo de corticóide sistêmico já apresentava fâscies cushingóide, perda de massa muscular em membros inferiores,

proptose ocular bilateral e estrias violáceas em tronco. Evoluiu com piora da dor na perna direita e joelho direito, sem sinais flogísticos. A RM identificou múltiplos infartos ósseos em fêmur direito e tibia direita, com lesão osteocondral no côndilo femoral lateral e região posterior do mesmo e osteonecrose em fêmur distal e tibia proximal (Figuras 1 e 2). Observar que nos cortes em T2 com saturação de gordura, as lesões apresentam o sinal da dupla linha (hipersinal central e hipossinal periférico). Esse padrão de dupla linha é característico de osteonecrose⁵.

O tratamento preconizado da DMTC está na dependência do tipo de órgão envolvido¹. Podem ser utilizados corticosteróides e outras estratégias imunomodulatórias como cloroquina, hidroxyclo-roquina, metotrexato, azatioprina e ciclofosfamida².

Osteonecrose pode ser definida como a morte óssea que resulta no colapso da arquitetura óssea, levando à dor articular, destruição óssea e perda de função. As causas da osteonecrose incluem a interrupção do suprimento vascular resultante de trauma local ou condições sistêmicas não traumáticas. Dentre as várias condições não traumáticas encontram-se os fatores ambientais e iatrogênicos, que incluem a administração de corticosteróides e distúrbios auto-imunes⁴. A associação entre corticoterapia e osteonecrose é bem estabelecida⁵. As áreas mais comumente afetadas incluem a cabeça do fêmur, a cabeça do úmero e o joelho; neste último caso costuma atingir o fêmur distal e tibia proximal. Existem poucos relatos na literatura de osteonecrose secundária envolvendo lesões nos joelhos, em contraste com grande número de publicações focadas nas lesões de quadril⁶.



Figura 1. (a) Corte sagital T1 de RM de joelho direito apresenta múltiplos infartos ósseos e osteonecrose em fêmur distal e tibia proximal. (b) O corte T2 de RM.

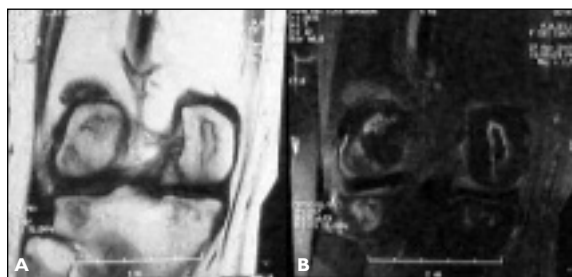


Figura 2. (a) Corte coronal T1 de RM de joelho direito apresenta lesão osteocondral no côndilo femoral lateral e osteonecrose em tibia proximal. (b) O corte T2 de RM.

Serviço de Reumatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Correspondência para

Valderílio Feijó Azevedo
Serviço de Reumatologia
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
Rua Lamenha Lins 1110 ap 11^a
Rebouças- Curitiba-Paraná
CEP 80250-020
E-mail: valderilio@hotmail.com

Referências

1. Skare TL. Reumatologia: princípios e prática. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007
2. Aringer M, Smolen JS. Mixed connective tissue disease: what is behind the curtain? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007;21:1037-1049
3. Polesello G, Sakai DS, Ono NK, Honda EK, Guimarães RP, Júnior WR. Importância do diagnóstico da fratura subcondral da cabeça do fêmur, suas diferenças com a necrose avascular e seu tratamento. *Rev Bras Ortop* 2009;44:102-105
4. Sella EMC, Carvalho MRP, Sato EI. Osteonecrose em Pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Rev Bras Reumatol* 2005;45:1-8
5. Assouline-Dayana Y, Chang C, Greenspan A, Shoenfeld Y, Gershwin ME. Pathogenesis and natural history of osteonecrosis. *Semin Arthritis Rheum* 2002; 32: 94-124
6. Narváez J, Narváez JA, Rodriguez-Moreno J, Roig-Escofet D. Osteonecrosis of the knee: differences among idiopathic and secondary types. *Rheumatology* 2000;39:982-989