

# Osteonecrose não traumática da rótula, uma causa rara de gonalgia

Paulo Clemente Coelho<sup>1</sup>

ACTA REUMATOL PORT. 2012;37:184-186

## RESUMO

A osteonecrose não traumática da rótula é uma causa rara de gonalgia, mas que deve estar presente na discussão diagnóstica de incapacidade dolorosa do joelho com carácter subagudo. O autor descreve um caso clínico em que a imagiologia característica teve um papel importante na definição etiológica da gonalgia incapacitante, desenvolvendo as hipóteses fisiopatológicas que poderão ter contribuído para o quadro clínico apresentado, nomeadamente, as situações de excesso de uso da articulação.

**Palavras-chave:** Osteonecrose; Rótula; Joelho.

## ABSTRACT

Non-traumatic osteonecrosis of the patella is a rare cause of knee pain that must be present in the diagnostic discussion of disability of the knee with subacute character. The author describes a case in which the characteristic images had an important role in defining the etiology of disabling knee pain, developing pathophysiological hypotheses that may have contributed to the clinical presentation, including situations of overuse of the joint.

**Keywords:** Osteonecrosis; Patella; Knee.

## INTRODUÇÃO

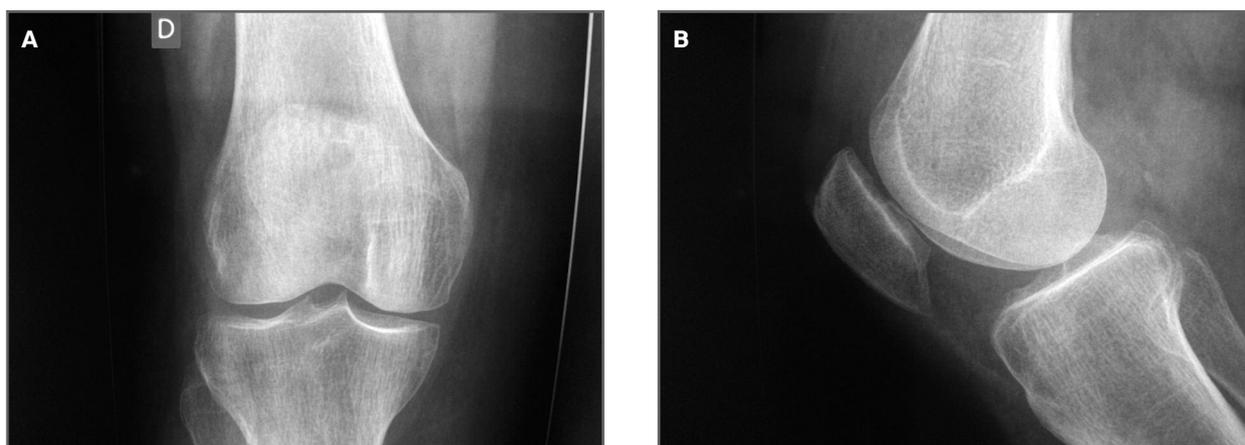
A osteonecrose não traumática da rótula é uma causa rara de gonalgia, mas que deve estar presente na discussão diagnóstica de incapacidade dolorosa do joelho com carácter subagudo<sup>1</sup>. O autor descreve um caso clínico em que a imagiologia característica teve um papel

importante na definição etiológica da gonalgia incapacitante, desenvolvendo as hipóteses fisiopatológicas que poderão ter contribuído para o quadro clínico apresentado.

## CASO CLÍNICO

Doente caucasiana do sexo feminino de 59 anos de idade, com queixas de gonalgia direita de ritmo mecânico com cerca de 2 meses de evolução. A doente negava traumatismo local do joelho, antecedentes de corticoterapia ou de hiperlipidemia, alterações dermatológicas, aftose frequente, febre, alterações intestinais sugestivas de colite inflamatória, episódio de olho vermelho, queixas secas ou fenómeno de Raynaud. A doente negava também episódios sugestivos de bloqueio ou sub-luxação da rótula nos movimentos de flexão e extensão do joelho, hábitos tabágicos e episódios de claudicação intermitente. Referia caminhadas frequentes de cerca de 8 km/dia e a prática de escotismo desde há vários anos. Referia também fractura da base do 5º metatarso há cerca de 2 anos, apresentando uma densitometria óssea recente que revelava osteoporose com predomínio trabecular (T-score -3.6 na coluna lombar), para a qual não tinha sido medicada. Não apresentava outros factores de risco significativos para osteoporose, além dos já citados, nomeadamente, menopausa precoce ou antecedentes familiares. Ao exame objectivo verificava-se a existência de ligeira tumefacção do joelho direito, sem aumento da temperatura, nem limitação da mobilidade passiva ou activa. O «sinal da plaina» desencadeava dor significativa no joelho direito e era negativo à esquerda. Não existiam sinais de atrofia muscular. A avaliação analítica revelou a existência de ANA positivos (1/320) com padrão granular e ligeiro aumento das proteínas alfa2 (11,9%), sem outras alterações, nomeadamente, no hemograma, VS, PCR, W. Rose e Ra Test, glicemia e perfil lipídico, balanço fosfo-cálcico, função hepática e renal. Foi rea-

\* Instituto Português de Reumatologia, Lisboa



**FIGURA 1A e B.** Radiogramas do joelho de frente e perfil a 30° – verificando-se presença de zona de hipertransparência no terço superior da rótula e de alterações degenerativas articulares ligeiras

lizado radiograma do joelho direito (frente e perfil) o qual revelou zona de hipotransparência no terço superior da rótula e alterações degenerativas ligeiras (aguçamento das cristas e ligeira esclerose subcondral dos pratos tibiais) (Figuras 1a, 1b). Para melhor esclarecimento das lesões radiológicas encontradas foi pedida ressonância nuclear magnética (RNM) do joelho direito que revelou “alteração estrutural do terço superior da rótula, associando-se a alteração da cobertura condral e derrame articular ligeiro” (Figura 2). Não foram demonstradas alterações dos condilos femorais, alterações ligamentares ou meniscais. Foi feito o diagnóstico de osteonecrose da rótula. A doente foi medicada com aceclofenac 100 mg 2 x dia com melhoria significativa do quadro clínico, após 2 semanas de marcha com apoio de canadiana, tendo sido proposta para programa de medicina física e de reabilitação e aconselhada a não forçar a prática da marcha diária.

## DISCUSSÃO

A osteonecrose não traumática da rótula é uma entidade raramente descrita, mas conhecida como causa de gonalgia, por vezes, incapacitante. A sua frequência rara, nomeadamente, quando comparada com a osteonecrose dos condilos femorais, faz com que a sua existência possa ser negligenciada na discussão diagnóstica de uma gonalgia com carácter recente<sup>1</sup>.

O caso por nós descrito apresentava a particularidade dos radiogramas simples do joelho mostrarem alterações que levantavam a hipótese deste tipo de pa-

tologia, situação que pode não ocorrer, principalmente se a abordagem radiológica for muito precoce. A RNM do joelho tem sido descrita como o meio complementar de diagnóstico mais completo para a definição etiológica deste tipo de gonalgia, excluindo ou afirmando outros focos de osteonecrose a nível da extremidade distal do fémur ou proximal da tibia, a que, por vezes, a osteonecrose da rótula se associa, e avaliando as outras estruturas internas do joelho (meniscos e ligamentos), frequentes causas de gonalgia aguda ou sub-aguda<sup>2,3</sup>. Um estudo com RNM realizado em 60 doentes com osteonecrose femoral não traumática revelou a existência de osteonecrose da rótula em 9 casos<sup>4</sup>.

Apesar de muito menos estudada do que a osteonecrose de outras localizações, podemos assumir que na fisiopatologia da osteonecrose não traumática da rótula poderão participar factores sistémicos comuns a outras situações de osteonecrose, mas também factores locais condicionados pela mecânica articular a que a rótula obedece.

Na doente por nós descrita não existiam factores sistémicos evidentes predisponentes do aparecimento de osteonecrose, sendo, no entanto, de referir a presença de ANA positivos. Não existia associação com outros critérios clínicos ou analíticos sugestivos de doença difusa do tecido conjuntivo. As características da gonalgia, predominantemente de ritmo mecânico, também desfavoreciam esta última hipótese. Pelo contrário, deve ser valorizada a intensa actividade física regular a que a doente estava sujeita (caminhadas frequentes e de longa duração) a qual pode ter contribuído para



**FIGURA 2.** RNM do joelho direito verificando-se alteração da estrutura do terço superior da rótula, associada a derrame articular ligeiro

o aparecimento da osteonecrose nesta localização pouco comum. É possível que pequenas diferenças da biomecânica da excursão rotuliana associadas a situações de *stress* articular repetido possam originar este tipo de lesão osteonecrótica. Na nossa doente, a localização da lesão na metade superior da rótula era concordante com o encontrado na maioria das situações descritas desta entidade, a que pode não ser estranho o facto de que a pressão a que a face posterior da rótula está sujeita durante a flexão do joelho até 45° se exerce essencialmente sobre a sua metade superior<sup>5</sup>.

A valorização, para este contexto, da existência de osteoporose de predomínio trabecular é difícil, pois não está suficiente demonstrado o seu possível contributo para os quadros de osteonecrose. No entanto, a

especificidade da lesão necrótica rotuliana pode levantar questões quanto ao possível contributo fisiopatológico da osteoporose para este tipo de lesão local.

À semelhança do sucedido com a doente por nós apresentada, a maioria dos quadros de gonalgia associados a osteonecrose da rótula não requerem tratamento cirúrgico, estando indicada a medicação anti-álgebra, descarga articular e, se necessário, medidas de medicina física e de reabilitação<sup>1</sup>.

Em conclusão, referimos a necessidade da osteonecrose não traumática da rótula ser incluída nas hipóteses diagnósticas de uma gonalgia de aparecimento ou agudização recente.

#### CORRESPONDÊNCIA PARA

Paulo Clemente Coelho  
Apartado 9827  
1911 LISBOA (Olaia)  
Portugal  
E-mail: paulocoelhoreumatologia@gmail.com

#### REFERÊNCIAS

1. Baumgarten KM, Mont MA, Rifai A, Hungerford DS. Atraumatic osteonecrosis of the patella. *Clin Orthop Relat Res* 2001;383:191-196.
2. Theodorou SJ, Theodorou DJ, Resnick D. Osteonecrosis of the patella: diagnostic imaging perspective. *J Comput Assist Tomogr* 2005;29:87-93.
3. Theodorou DJ, Theodorou SJ, Farooki S, Kakitsubata Y, Resnick D. Osteonecrosis of the patella: imaging features. *Clin Imaging* 2001;25:60-65.
4. Sakai T, Sugano N, Nishii T, Haraguchi K, Yoshikawa H, Ohzono K. Osteonecrosis of the patella in patients with nontraumatic osteonecrosis of the femoral head: MRI findings in 60 patients. *Acta Orthop Scand* 2000;71:447-451.
5. LLopis E, Padrón M. Anterior knee pain. *Eur J Radiol* 2007;62:27-43.

## INTERNATIONAL CONGRESS ON BONE INVOLVEMENT IN ARTHRITIS

Genoa, Itália  
27-28 Setembro 2012