

OSTEONECROSE: UM PROBLEMA EMERGENTE NOS DOENTES COM VIH

Tânia Santiago*, João Rovisco*, Jorge Silva**, José António Pereira da Silva***

Ao Exmo. Editor

A osteonecrose (ON), também denominada necrose asséptica ou necrose avascular, caracteriza-se por uma alteração da vascularização que origina necrose do osso subcondral. A incidência da ON na população geral é aproximadamente 0,13%¹. Predomina no sexo masculino, diagnosticando-se em média aos 40 anos de idade. Em 1990, foi descrito o primeiro caso de ON num doente com VIH por Goorney et al². Desde então, várias publicações confirmam um aumento da incidência desta patologia nos doentes com VIH, superior à observada na população geral. A localização e as manifestações clínicas da ON em doentes com VIH são similares às da população geral. Em 85% dos casos ocorre envolvimento da cabeça femoral e em quase metade é bilateral³.

Os autores descrevem o caso clínico de um doente do sexo masculino, de 43 anos de idade, VIH positivo e sob terapêutica antiretroviral altamente activa (HAART). Foi internado no Serviço de Reumatologia para estudo de uma coxalgia bilateral, com 4 meses de evolução, de início insidioso de características mecânicas e incapacitante para a marcha. Objectivamente, a mobilização activa e passiva da articulação coxofemoral desencadeava dor intensa, havendo limitação franca nos movimentos de rotação interna e externa. Na marcha era visível uma claudicação antálgica. Perante este quadro clínico, foi realizado um estudo analítico (que não revelou alterações) e radiografia das articulações coxofemorais com incidência pósterio-anterior e oblíqua externa. Radiologicamente apresentava perda bilateral da esfericidade da cabeça femoral, com colapso de ambas cabeças sob a cavidade acetabular (Figuras 1 e 2). Reunindo os dados

da clínica e da imagiologia, considerámos como principal hipótese de diagnóstico uma osteonecrose bilateral da cabeça do fémur. Deste modo, foi instituída terapêutica médica (com analgésicos e anti-inflamatórios não esteróides), obtendo-se uma resposta favorável, e pedida a colaboração da Ortopedia.

Perante a existência de sinais radiológicos inequívocos de ON da cabeça femoral foram equacionadas as várias causas possíveis, incluindo as traumáticas e não-traumáticas. A corticoterapia e o consumo excessivo de álcool são responsáveis por mais de 90% dos casos. No caso do nosso doente não havia antecedentes de eventos traumáticos, uso de corticoterapia ou história de alcoolismo. No entanto, era um doente VIH positivo e sob HAART desde há vários anos.

Actualmente reconhece-se que a ON é uma complicação emergente nestes doentes, com uma incidência de 0,45%, cerca de 45 vezes a da população geral⁴. Este facto pode ter as seguintes explicações: i) a elevada suspeita de diagnóstico; ii) o aumento da sobrevivência destes doentes; iii) a alta prevalência de factores de risco para ON nesta população. A etiologia da ON nos doentes com VIH é multifactorial, e provavelmente relaciona-se com a elevada prevalência dos factores etiológicos clássicos para a ON⁶. De referir, que muitos dos factores de risco estão associados à própria infecção VIH, à terapia anti-retroviral ou às co-morbilidades, como pancreatite, hiperlipidémia, hipercoagulabilidade, osteopenia/osteoporose e corticoterapia. Até à data não foi conclusivo que os inibidores da protease ou a HAART constituam factores de risco independentes para desenvolver ON⁷.

Do ponto de vista prático, num doente VIH e com artralgia persistente sem resposta aos analgésicos, a suspeita de ON deve estar presente. Por outro lado, realçamos que a serologia do VIH deve estar incluída no estudo analítico do doente com ON, especialmente se os factores de risco classicamente associados a esta patologia não estiverem presentes.

*Interno do Internato Complementar de Reumatologia, Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Assistente Hospitalar Graduado de Reumatologia, Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

***Director de Serviço, Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra



Figura 1. Osteonecrose bilateral da cabeça femoral: perda completa do espaço articular, esclerose subcondral e perda esfericidade e da continuidade da cortical

Correspondência para

Tânia Santiago
 Hospitais da Universidade de Coimbra
 Serviço de Reumatologia
 Praceta Mota Pinto
 3000 Coimbra
 E-mail: tlouasantiago@hotmail.com

Referências

1. Gutierrez F, Padilla S, Ortega E, et al. Avascular necrosis of the bone in HIV-infected patients: Incidence and associated factors. *AIDS* 2002; 16: 481-483.
2. Scribner AN, Troia-Cancio PV, Cox BA, et al. osteonecrosis in HIV: A case-study. *J Acq Imm Defic Synd* 2000; 25:19-25.
3. Allison GT, Bostrom MP, Glesby MJ. Osteonecrosis in HIV disease: epidemiology, etiologies, and clinical management. *AIDS* 2003; 17: 1-9.
4. Brown P, Crane L. avascular necrosis of bone in patients with human immunodeficiency virus infection: report of 6 cases and review of the literature. *Clin Infect Dis* 2001; 32:1221-1226.
5. Morse CG, Mican JM, Jones EC, et al. The incidence and natural history of osteonecrosis in HIV-infected adults. *Clin Infect Dis*. 2007; 44:739-748.
6. Allison GT, Bostrom MP, Glesby MJ. Osteonecrosis in HIV disease: epidemiology, etiologies and clinical management. *AIDS* 2003; 17:1-9.
7. Martin K, Lawson-Ayayi S, Miremont-Salame G, et al. Symtomatic bone disorders in HIV-infected patients: incidence in the Aquitaine cohort (1999-2002). *HIV Med* 2004; 5:421.



Figura 2. Osteonecrose da cabeça femoral direita