

21/04/2015

Nota técnica 18/2015

Tratamento conservador da necrose avascular da cabeça do fêmur

SOLICITANTE : MM. Juiz de Direito Juiz de Direito Sérgio Castro da Cunha Peixoto

NÚMERO DO PROCESSO: 9017529.42.2015.813.0024

Ré: UNIMED RIO

SOLICITAÇÃO/ CASO CLÍNICO

“Por ordem do MM. Juiz de Direito Sérgio Castro da Cunha Peixoto, solicito a V. Sa. a análise técnica do caso, noticiado no processo número 9017529.42.2015.813.0024, em curso nesta Unidade Jurisdicional que R.F.M., CPF809.073.346-87, move em face de UNIMED RIO, conforme documentos que seguem anexos”

CONTEXTO

SOBRE A DOENÇA E SEU DIAGNÓSTICO

A necrose avascular da cabeça femoral (NACF) é uma condição patológica que tem múltiplas causas, todas elas confluindo para diminuição do suprimento vascular para a cabeça do fêmur (fig. 1), que causa em morte de osteócitos e colapso da articulação^{1,2}. É mais frequente em pacientes jovens, em torno dos 40 anos, bilateral em cerca de 75% dos casos e responsável por 5% a 20% das artroplastias totais de quadril^{1,2}.

De modo geral, sabe-se que o alcoolismo, tabagismo e o uso de corticoides são responsáveis pela grande maioria dos casos, além do trauma, vasculites e

de doenças hematológicas, como a anemia falciforme e coagulopatias. Em até 25% dos casos, não se consegue definir uma causa^{1,2}.

A NACF pode cursar sem sintomas. Lesões menores têm uma probabilidade mais baixa de colapso, durante os primeiros dois ou três anos que se seguem ao diagnóstico. A progressão do colapso subcondral foi relatada em 67% dos pacientes assintomáticos ou "silenciosos" em 85% dos pacientes sintomáticos, sobretudo quando a doença envolve mais de 50% a cabeça femoral¹⁻³.

Figura 1 – Anatomia vascular da cabeça do fêmur e representação do osso com necrose



Com o passar do tempo, as lesões na cabeça do fêmur passam a limitar a capacidade de suporte ao corpo durante o caminhar ou para carregar pesos, levando a dor persistente na coxa e virilha para qualquer atividade da vida diária. A lesão não tratada evolui para artrite degenerativa e anquilose (congelamento) da articulação¹⁻³.

SOBRE O TRATAMENTO CONSERVADOR DA NACF

O tratamento da NACF pode ser dividido em conservador e cirúrgico. A diretriz de todo tratamento conservador é evitar o colapso precoce da cabeça femoral e a perda da articulação, que requer necessariamente de tratamento cirúrgico. Entretanto, até o momento, as medidas conservadoras de tratamento da NACF não alteram seu prognóstico, servindo temporariamente ao tratamento sintomático e em redução de perdas funcionais^{1,2}. Medidas para repouso da articulação, que evitam descarga de peso, como uso de bengalas ou cadeira de rodas não parecem evitar o tratamento cirúrgico³. Uma revisão sistemática da década de 90, compilando 42 estudos observacionais ou ensaios clínicos abertos, apontou que o tratamento conservador preserva a articulação após longo prazo em apenas 20% dos casos⁴. A grande maioria dos pacientes com NACF, portanto, irá necessitar de artroplastia de quadril.

Um único estudo com 38 pacientes com NACF, portadores de drepanocitose, verificou que o tratamento com fisioterapia isoladamente foi igualmente eficaz à fisioterapia associada a cirurgia de descompressão, na preservação da articulação por dois a três anos⁵. Não é possível, contudo, generalizar esses resultados para pacientes sem essa doença hematológica.

Vale ressaltar que medidas de controle das comorbidades clínicas, como o alcoolismo, do uso de corticoides, do tabagismo, das vasculites e das doenças hematológicas, são também fundamentais^{2,3}.

O emprego de medicamentos da classe dos bisfosfonatos, como o alendronato em uso pela paciente, tem sido indicados na tentativa de evitar a progressão da NACF. Entretanto, os resultados na literatura são contraditórios^{6, 7}.

CONCLUSÕES

Com base na petição e relatórios apresentados (anexo I), conclui-se

- 1) As medidas conservadoras, como a fisioterapia motora, estão indicadas no tratamento da NACF, pois conferem algum benefício sintomático e em redução de perda da funcionalidade.

- 2) Medidas como fisioterapia motora parecem não alterar o prognóstico da NACF e não há urgência na sua realização.

REFERÊNCIAS

1. Faria CEN, Yonamine AM, Nelson O, Guimarães RP, Rosa MJ Juliana, Vaz M, Simões R, Robert Meves, Bernardo WM. Projeto Diretrizes: Necrose asséptica da cabeça femoral no Adulto. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/d12/necrose_asseptica_da_cabe_ca_femoral_no_adulto.pdf. Acesso em: 21/4/15.
2. Kaushik AP, Das A, Cui Q. Osteonecrosis of the femoral head: An update in year 2012. *World J Orthop.* 2012; 3(5):49-57.
3. Amanatullah DF, Strauss EJ, Di Cesare PE. Current management options for osteonecrosis of the femoral head: part 1, diagnosis and nonoperative management. *Am J Orthop (Belle Mead NJ).* 2011;40(9):E186-92
4. Mont MA, Carbone JJ, Fairbank AC. Core decompression versus nonoperative management for osteonecrosis of the hip. *Clin Orthop Relat Res.* 1996;(324):169-78
5. Neumayr LD, Aguilar C, Earles AN, et al. Physical therapy alone compared with core decompression and physical therapy for femoral head osteonecrosis in sickle cell disease. Results of a multicenter study at a mean of three years after treatment. *J Bone Joint Surg Am.* 2006;88(12):2573-82.
6. Chen CH, Chang JK, Lai KA, Hou SM, Chang CH, Wang GJ. Alendronate in the prevention of collapse of the femoral head in non traumatic osteonecrosis: a two-year multicenter, prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Arthritis Rheum.* 2012;64(5):1572-8.
7. Lai KA, Shen WJ, Yang CY, Shao CJ, Hsu JT, Lin RM. The use of alendronate to prevent early collapse of the femoral head in patients with

non traumatic osteonecrosis. A randomized clinical study. J Bone Joint Surg Am. 2005;87(10):2155-9.

Anexo I – Relatórios anexos à solicitação



Ortopedico - Orientações

Nome:
 Data Entrada: 14/04/2015 18:10
 Médico: Sergio Nogueira Drumond Junior

Atendimento: 653.242
 Data Alta:

LAUDO MEDICO

PACIENTE CONSULTOU DR GUIDO CHICATA, QUE SOLICITOU FISIOTERAPIA PARA QUADRO DE DOR EM QUADRIS E COMO FOI NEGADO PELA UNIMED RIO ELA ENTROU NA JUSTIÇA. JUIZ SOLICITOU PARA FAZER NOVOS EXAMES COMPLEMENTARES, POIS POSSUIA APENAS ULTRA SOM. NESTES NOVOS EXAMES CONSTATOU-SE NECROSE ASSEPTICA DAS CABEÇAS FEMORAIS. ENTAO FOI ENCAMINHADA PARA NOSSA EQUIPE. RNM: NECROSE AVASCULAR DAS CABEÇAS FEMORAIS, MAIOR A DIREITA, SEM EVIDÊNCIAS DE COLAPSO DO OSSO SUBCONDRA OJ EDEMA DA MEDULAR ÓSSEA ADJACENTE. TENDINOPATIA E RUPTURA PARCIAL INTRASSUBSTANCIAL DO GLUTEO MÍNIMO A DIREITA; DISCRETA TENDINOPATIA DOS GLUTEOS MÉDIOS E DO GLUTEO MÍNIMO ESQUERDO. ALTERAÇÕES DEGENERATIVAS DISCRETAS NA SÍNFISE PUBIANA. IREMOS TENTAR O TRATAMENTO CONSERVADOR NO MOMENTO, MAS COM POSSIBILIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO POSTERIORMENTE. REINTERAMOS A INDICAÇÃO DE FISIOTERAPIA PARA AS DORES DOS QUADRIS E PRESCREVEMOS ALENDRONATO E GÁLCIO COMO TENTATIVA DE ESTABILIZAR A OSTEONECROSE. CID M870 RESSONANCIA EM ANEXO

Dr. Sergio Nogueira Drumond
 CRM 4348 - CPF 001.970.336-87

Unimed BH		GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT				2 - Nº Guia no Prestador	
1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - []		11 - []		12 - Atendimento a RN		13 - Código na Operadora	
14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		006.1.1.04348-5	
21 - Capitec do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		Esp. 16	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qtdo. Solic.	
1 - []		2 - []		3 - []		4 - []	
5 - []		6 - []		7 - []		8 - []	
9 - []		10 - []		11 - []		12 - []	
13 - []		14 - []		15 - []		16 - []	
17 - []		18 - []		19 - []		20 - []	
21 - []		22 - []		23 - []		24 - []	
25 - []		26 - []		27 - []		28 - []	
29 - []		30 - []		31 - []		32 - []	
33 - []		34 - []		35 - []		36 - []	
37 - []		38 - []		39 - []		40 - []	
41 - []		42 - []		43 - []		44 - []	
45 - []		46 - []		47 - []		48 - []	
49 - []		50 - []		51 - []		52 - []	
53 - []		54 - []		55 - []		56 - []	
57 - []		58 - []		59 - []		60 - []	
61 - []		62 - []		63 - []		64 - []	
65 - []		66 - []		67 - []		68 - []	
69 - []		70 - []		71 - []		72 - []	
73 - []		74 - []		75 - []		76 - []	
77 - []		78 - []		79 - []		80 - []	
81 - []		82 - []		83 - []		84 - []	
85 - []		86 - []		87 - []		88 - []	
89 - []		90 - []		91 - []		92 - []	
93 - []		94 - []		95 - []		96 - []	
97 - []		98 - []		99 - []		100 - []	



**HERMES
PARDINI
IMAGEM**

End: Av. Bernardo Monteiro, 1283 - Funfonarico - CPJ: 10.378.769/0044-00
Cidade: Horizonte-MG CEP: 30150-251
RT - Dr. Dicleo Roberto Avila - CRM-MG 27206
Telefone Geral: Alameda, Domicílio: (31) 3228-8200

CNEB: 745098



1/1

Pedido
8012272-BMDI

Clinica do(a) Doutor(a)
DR. GUIDO CHICATA OLAZABAL

Data Entrada
02/04/2015

Resultado de Exames

(MTRAD) Data Ingresso: 02/04/2015 15:26

EXAME DOCUMENTADO EM: 04 FILICOLTS

RELATÓRIO

RESSONÂNCIA MAGNETICA DA COLUNA LOMBAR

ASPECTOS TÉCNICOS:

- Sequências sagitais ponderadas em T1, T2 e T2 com supressão de gordura.
- Sequências axiais ponderadas em T1 e T2.

ASPECTOS OBSERVADOS:

Corpos vertebrais alinhados, com altura preservada.

Osteófitos marginais incipientes em L4-L5, se caracterizam discretos focos de alteração de sinal nos platôs vertebrais correspondentes, compatíveis com substituição adiposa degenerativa.

Alteração de sinal dos discos intervertebrais nas sequências com TR longo, sobretudo em L3-L4 e L4-L5, compatível com desidratação.

Não evidenciamos herniações ou abaulamentos discais significativos no presente estudo.

Canal vertebral de dimensões anatômicas.

Cone medular de morfologia usual e sem anomalias do sinal.

Raízes da cauda equina de distribuição anatômica no interior do saco dural.

Forames de conjugação com dimensões usuais, evidenciando as raízes nervosas correspondentes no seu interior envolvidas pela gordura foraminal, as quais se apresentam de morfologia e sinal usuais.

Os elementos que constituem os arcos posteriores apresentam-se de aspecto habitual.

Articulações interapofisárias preservadas.

Musculatura paravertebral sem alterações.


Dra. Adriana Martins Rios
CRM-MG 33136



Padão
8012272-BMDI

Clinico do(a) Doutor(a):
DR. GUIDO CHICATA OLAZABAL

Data Entrada
02/04/2015

Resultado de Exames

(RTRAD) Data Impressão: 06/04/2015 10:16

EXAME DOCUMENTADO EM: 04 FILICOATS

RELATÓRIO

RESSONÂNCIA MAGNETICA DA BACIA

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Bursite trocantérica.

ASPECTOS TÉCNICOS:

- Sequências axiais e coronais ponderadas em T2 com supressão de gordura e em T1.
- Sequências sagitais ponderadas em T2 com supressão de gordura.

ASPECTOS OBSERVADOS:

Alteração de sinal focal na medular óssea subcondral das cabeças femorais, apresentando aspecto geográfico e contornos regulares, com áreas de gordura em seu interior, compatíveis com focos de osteonecrose, maior à direita, envolvendo menos 50% da superfície articular. Não se caracteriza edema na medular óssea adjacente ou sinais de colapso do osso subcondral.

As cabeças femorais mantêm-se esféricas, simétricas, com articulação congruente.

Espaço articular coxofemoral preservado, com cartilagem articular de aspecto íntegro.

Lábios acetabulares de morfologia e sinal normais.

Ausência de distensão líquida da bursa trocantérica.

Musculatura adutora e suas inserções pubianas simétricas, sem anomalias do sinal.

Aspecto usual das origens isquiáticas dos músculos posteriores da coxa.

Espessamento, irregularidade e alteração de sinal do tendão glúteo mínimo à direita, com sinais de ruptura parcial intrassubstancial.

Discreto espessamento dos tendões glúteos médios e glúteo mínimo à esquerda, sem evidências de rupturas.

Sínfise púbica congruente, com espaço articular preservado, sem anomalias do sinal, apresentando leve irregularidade das margens articulares e discretos osteófitos marginais.

Ausência de derrame intra-articular significativo ou sinais de sinovite.

Este laudo foi assinado digitalmente sob o nro: D5E352FE2C106041FC50C5B8C4E98E46

Este é um exame baseado em imagens cuja finalidade é auxiliar o médico em seu diagnóstico. Existem limitações inerentes ao método, por isso, o resultado deve ser confrontado com os dados clínicos e com outros exames de imagem e/ou laboratoriais, prévios e subsequentes. Portanto, nem sempre pode ser considerado conclusivo. Somente seu médico tem condição de interpretar corretamente este relatório.



**HERMES
PARDINI
IMAGEM**

End: Av. Bernardo Mantem, 1283 - Funcionários - Belo Horizonte - MG CEP: 30150-281
RT - Dr. Diara Roberto Alvim - CRM-MG 27206
Telefone Geral/Atend. Paciente: (31) 3228-6200

2/2



CMS: 7450988

Pod do

8012272-BMDI

Clinica do(a) Doutor(a)

DR. GUIDO CHICATA OLAZABAL

Data Entrada

02/04/2015

Resultado de Exames

[STRAD] Data Impressão: 02/04/2015 15:18

Tendões dos músculos retofemorais de aspecto habitual.

Músculos piriformes eutróficos, simétricos e com intensidade sinal preservadas.

Nervos ciáticos com espessura e sinal usuais.

Ventres musculares e partes moles do subcutâneo sem anormalidades.

IMPRESSÃO: * Ressonância magnética da bacia evidenciando:

Necrose avascular das cabeças femorais, maior à direita, sem evidências de colapso do osso subcondral ou edema da medular óssea adjacente. A critério clínico sugere-se controle evolutivo com estudo específico das articulações coxofemorais.

Tendinopatia e ruptura parcial intrassubstancial do glúteo mínimo à direita.

Discreta tendinopatia dos glúteos médios e do glúteo mínimo esquerdo.

Alterações degenerativas discretas na sínfise púbiana.

Obs.: Irregularidade das margens articulares da sacroilíaca direita, sendo caracterizados focos de substituição adiposa na medular óssea adjacente (estudo não direcionado).