

Osteonecrose múltipla secundária a anemia falciforme

Multiple osteonecrosis secondary to sickle cell anemia

*¹Jozélio Freire de Carvalho, ²Roberto Paulo Correia de Araujo

¹Professor Adjunto Visitante do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia

²Professor Titular do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia

Paciente de 37 anos, sexo feminino, branca, natural da Bahia, procedente de São Paulo, com antecedente de anemia falciforme diagnosticada aos 15 anos, por síndrome torácica aguda. Recebeu em três ocasiões hemotransfusão. Havia apresentado episódio de meningite meningocócica em 2004 e artrite de joelho esquerdo com necessidade de drenagem e antibiótico intravenoso (a cultura não cresceu micro-organismos). Atualmente, encontrava-se sem seguimento médico, em uso de ácido fólico (5mg/dia). Procurou o nosso Serviço de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 2005 por febre, dor em joelho esquerdo e dificuldade de deambular. Ao exame apresentava-se afebril, descorada (++/4+), ictérica (+/4+), com sopro sistólico 2/6 em focos mitral e tricúspide, hepatomegalia indolor, artrite de joelho esquerdo e dor à rotação interna de quadril direito. O laboratório revelou líquido sinovial límpido e incolor, com 500 células, todas linfomononucleares, pesquisa direta e cultura para micro-organismos negativas. O hemograma revelou anemia normocrômica e normocítica (HB 7,5g/L, Ht 21,3%, leucocitose de 13.520) e bilirrubina total 2,0 mg/dL (indireta: 1.5 mg/dL). Os raios-X de joelhos e quadril foram compatíveis com osteonecrose (Figuras 1 e 2). A RNM de joelho confirmou a osteonecrose (Figura 3). A paciente recebeu hidratação intravenosa, analgesia com opiáceos e evoluiu com remissão do quadro. A paciente foi encaminhada à hematologia e à ortopedia para acompanhamento.

Figura 1 – Raio-x de joelhos em AP demonstrando lesão em tíbias compatíveis com osteonecrose



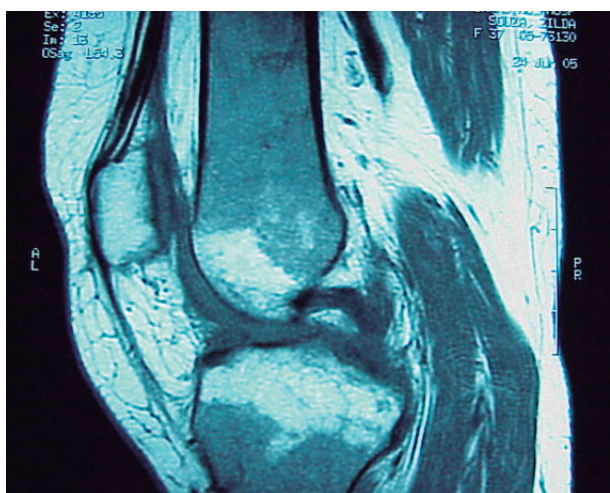
Fonte: Permissão da fotografia de sua radiografia concedida pela própria paciente.

Figura 2 – Raio-x de joelhos em AP demonstrando achatamento da cabeça femoral direita compatível com osteonecrose



Fonte: Permissão da fotografia de sua radiografia concedida pela própria paciente.

Figura 3 – RNM do joelho esquerdo demonstrando lesões em côndilo femural e platô tibial compatíveis com osteonecrose



Fonte: Permissão da fotografia de sua ressonância magnetica concedida pela própria paciente.

A anemia falciforme ocorre em cerca de 300.000 pessoas no mundo, e aproximadamente 25% dos pacientes com essa hemoglobinopatia vão apresentar osteonecrose da cabeça femoral.¹ A osteonecrose pode ser sintomática, indistinguível da crise dolorosa da anemia falciforme, ou assintomática. Além da anemia falciforme, a hemoglobinopatia SC, em indivíduos acima dos 35 anos de idade, também passa a ser uma causa relevante de osteonecrose.^{2,3}

REFERÊNCIAS

1. LONERGAN, G. J.; CLINE, D.B.; ABBONDANZO, S.L. Sickle cell anemia. **Radiographics**, Easton, v. 21, p. 971-994, 2001.
2. ODESINA V. Intravenous support for the patient in sickle cell crisis. **J. Intraven Nurs**, Hagerstown, v. 24, p.32-37, 2001.
3. MILNER, P.F. et al. Sickle cell disease as a cause of osteonecrosis of the femoral head. **N. Engl. j. med.**, Boston, v.325, p.1476-1481, 1991.

Submetido em: 08/08/2017

Aceito em: 01/10/2017