

Osteoporose Transitória Idiopática

Síndrome de causa desconhecida, com 1º caso descrito por Curtis e Kincaid em 1959, em 3 mulheres grávidas no último trimestre que apresentaram dor no quadril e osteoporose periarticular; ambos os sintomas e os aspectos radiográficos tiveram resolução espontânea. Estas foram as primeiras descrições do que mais tarde foi chamada de osteoporose transitória por Lequesne em 1978.

Outros casos foram relatados Hunder e Kelly 1968, Rosen 1970, Swezey 1970, Kaplan e Stegman 1985, Drumond 1987. Apresenta outros sinônimos como desmineralização transitória, osteolise migratória, algodistrofia.

Acredita-se que tenha menos de 200 casos discutido desde a primeira descrição.

É uma patologia autolimitada, mais comum em homens de meia idade (30 – 40 anos), ocorre também em mulheres gestantes, geralmente no terceiro trimestre, e em crianças com a bilateralidade em torno dos 30% ou 1/3.

Lesquesne em 1968 especulou que esta patologia seria uma forma não traumática de atrofia de Südek's, no entanto a ausência de sinais usualmente encontrados na distrofia simpático reflexa não garante o mecanismo patofisiológico. Curtiss e Kincaid sugeriram a possibilidade de compressão mecânica do nervo obturatório em gestantes, porém, os experimentos em cães não mostraram osteopenia.

Clinicamente os pacientes apresentam dor progressiva, acompanhado de posição antálgica, que melhora com repouso, associa-se uma atrofia muscular e o uso de medicamentos parece não alterar o curso da doença; há relato em artigo do uso da calcitonina de salmão como diminuindo o curso da doença (Drumond). A amplitude dos movimentos estão livres. Há três (03) fases distintas:

1. Fase inicial com dor progressiva (\pm 30 dias) .
2. Fase dos sintomas estacionados, com aparecimento de osteopenia (\pm 2 meses).
3. Fase de regressão dos sintomas e retorno da densidade óssea (\pm 4 meses).

A doença pode ter uma forma migratória atingindo principalmente tornozelos e pés.

Radiologicamente entre três (03) e seis (06) semanas aparece um rarefação óssea e com espaço articular preservado. No quadril pode haver reação periosteal ao nível do calcar e também fratura de stress associado. A CT mostra diminuição da densidade óssea com espaço articular normal. RNM mostra hiposinal da medula óssea em T₁, em alguns casos hipersinal em T2 e não há captação do contraste na área afetada. Há também há presença de derrame articular (Johan L. Bloen)

O diagnóstico diferencial é feito necrose avascular, osteomielite, sinovite vilonodular, tuberculose e infecções fúngicas.

Os exames laboratoriais são normais, às vezes aumento da fosfatase alcalina (Kaplan).

Hunder e Kelly (1968) realizaram biópsia em seus casos, encontraram aumento do líquido sinovial e uma sinóvia anormal, a microscopia revelou uma inflamação sinovial não específica mínima e uma variedade de reabsorção, formação e necrose óssea.

Vários métodos de tratamento têm sido propostos, como o uso de corticóides, AINH, repouso na cama, tração, fisioterapia, porém parecem não aumentar o curso da doença que é autolimitada com resolução dos sinais e sintomas com mais ou menos cinco (05) meses.

<http://traumatologiaeortopedia.com>

www.ortopediabrasil.blogspot.com.br