

Breve Revisão

Visão ortopédica do tratamento da gonartrose nas fases iniciais

Orthopaedic vision of gonarthrosis treatment in the early phase

Sérgio Silva Ávila

Chefe de Clínica e responsável pelo Setor de Cirurgia do Joelho do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital dos Servidores - Rio de Janeiro - RJ.

Marcus V. Chio Ming C. de Sá

Consultor médico para Estudos Clínicos, Técnicos e Científicos - Rio de Janeiro - RJ.

Correspondência:

Dr. Sérgio Ávila: sergioavila@uol.com.br

Dr. Marcus Sá: mvchioming@yahoo.com.br

*© Copyright Moreira Jr. Editora.
Todos os direitos reservados.*

RBM Abr 11 V 68 N 4

Indexado LILACS LLXP: S0034-72642011008200005

Unitermos: osteoartrite, artrose, osteoartrose, degeneração articular

Unterms: osteoarthritis, arthrosis, osteoarthrosis, articular degeneration.

Numeração de páginas na revista impressa: **122 à 125**

Resumo

O joelho é a articulação mais acometida pela osteoartrite, definida como uma doença articular degenerativa. A gonartrose é a doença reumática mais comum nos indivíduos acima de 65 anos e representa uma das maiores causas de dores articulares e de absenteísmo ao trabalho. Para o tratamento possuímos um amplo e variado arsenal terapêutico que devemos conhecer. Lembramos que os fatores causais devem ser identificados e tratados.

Na fase 1 iniciamos as mudanças de hábitos, como perda de peso e atividades físicas e uso de analgésicos, quando necessário. Na fase 2 iniciamos o uso de anti-inflamatórios não hormonais, indicamos o uso de medicação conrotetora e uma terapia física mais intensa. O uso de corticoideterapia sistêmica estará indicada nos casos de doenças reumáticas e do colágeno. Na fase 3, o quadro clínico de maior intensidade, adicionamos ao tratamento anterior, o uso de medicação intra-articular, como infiltração de corticosteroide e a infiltração de ácido hialurônico intra-articular. Outra indicação para a infiltração do ácido hialurônico é em pacientes que não possuem condições para serem submetidos a intervenção cirúrgica como uma artroplastia.

Desenvolvemos um algoritmo dando uma melhor visão das fases descritas acima, suas interações e decisões terapêuticas para seu tratamento, segundo a intensidade da dor do paciente.

Nos casos em que o paciente não apresentar melhora, consideramos a toaleta articular e a lavagem articular artroscópica, e associado à aplicação intra-articular de ácido hialurônico, imediatamente após a artroscopia.

Introdução

Antes de tudo, devemos assinalar que dentre todas as articulações acometidas por osteoartrite ou osteoartrose ou artrose, ou melhor definido, doença articular degenerativa, a articulação do joelho é a mais acometida. Estudos epidemiológicos nos Estados Unidos da América do Norte apontam que mais de 50 milhões de pessoas são acometidas por osteoartrose, sendo a doença reumática mais comum nos indivíduos acima de 65 anos de idade. No Brasil, não há dados precisos sobre a incidência da doença, apesar de ser uma das

maiores causas de queixas de dores do aparelho músculo-esquelético e de absenteísmo ao trabalho(1).

Acreditava-se que tratava de uma doença progressiva de evolução arrastada sem perspectiva de tratamento ou controle, por se tratar de um "processo natural de envelhecimento", porém com os recursos terapêuticos e mudanças de conduta dos pacientes com incentivo das atividades físicas, evidenciou-se que se trata de uma doença que podemos controlar e alterar o seu curso evolutivo e prognóstico.

No tratamento da gonartrose ou artrose do joelho, em suas fases iniciais, temos um arsenal terapêutico amplo e variado que devemos conhecer e saber o momento e a dose certa de usá-lo(2-4).

Dentro deste arsenal temos vários recursos medicamentosos, fisioterápicos e hábitos de vida para escolher e orientar a sua utilização.

A gonartrose é uma doença crônica multifatorial com causas genéticas traumáticas, como seqüela de fraturas e lesões ligamentares inflamatórias, como nas doenças reumáticas sobrecargas seja local, como desvio de eixos ou geral, como no caso de obesidade alteração da sustentação articular com fraqueza muscular por causas neurológicas, vasculares, traumáticas ou metabólicas, que leva a uma incapacidade funcional progressiva(2,4). O que é importante notarmos é que em todas as formas a queixa principal é a dor articular e a degeneração da cartilagem hialina de revestimento articular que é uma estrutura avascular e aneural(2).

Classificação

Ela pode ser classificada como primária ou secundária. Secundária a uma doença inflamatória ou traumática.

Também podemos classificá-la de acordo com o grau de acometimento da articulação. Dentre as diversas classificações existentes, temos duas classificações radiológicas universalmente aceitas, a de Ahlbäck(6) e a de Kellgreen e Lawrence(7).

Na Classificação Radiológica de Ahlbäck dividimos a gonartrose em cinco graus e utilizamos a imagem em AP da articulação, porém esta classificação foi modificada por Keyes e Goodfellow com inclusão da imagem em perfil da articulação do joelho(6) (Tabela 1).

Na Classificação de Kellgreen e Lawrence(7) dividimos a gonartrose em cinco graus e utilizamos somente a imagem em AP da articulação (Tabela 2).

Consideramos as fases iniciais da gonartrose os graus 1, 2 e 3, segundo a classificação de Ahlbäck, e graus 1 e 2, segundo a classificação de Kellgreen e Lawrence.

Tabela 1

Grau	Visão em AP	Visão em perfil
I	Redução do espaço articular	XXXXXXXX
II	Obliteração do espaço articular	XXXXXXXX
III	Desgaste do platô tibial < 5 mm	Parte posterior do platô tibial íntegra
IV	Desgaste do platô tibial entre 5 mm e 10 mm	Extenso desgaste da margem posterior do platô tibial
V	Grave subluxação da articulação tibio-femoral	Subluxação anterior da tibia > 10 mm

Tabela 2

Grau	Visão em AP
0	Articulação normal.
1	Estreitamento do espaço articular duvidoso e possível osteófitos na borda.
2	Possível estreitamento do espaço articular e osteófito definido.
3	Definido estreitamento do espaço articular, múltiplos osteófitos moderados, alguma esclerose subcondral e possível deformidade do contorno ósseo.
4	Notável estreitamento do espaço articular, severa esclerose subcondral, definida deformidade do contorno ósseo e presença de grandes osteófitos.

Tratamento

Antes de iniciarmos qualquer tratamento, devemos avaliar os fatores causais da gonartrose, assim como desvios de eixo, lesões condrais e meniscais e doenças inflamatórias e metabólicas. Tendo sido identificado qualquer fator causal, deve-se tratá-lo especificamente.

No caso de desvios de eixo de pequena monta, a correção no calçado ou correção com o uso de palmilhas pode ser feita, e em alguns casos o uso de tutores externos como imobilizadores articulados ou limitadores articulares. Em casos de deformidades maiores o tratamento cirúrgico com osteotomias corretivas de realinhamento é mandatório, sempre associado ao tratamento clínico. Outro recurso mecânico que também pode ser utilizado é o uso de bengalas ou muletas para descarga de peso.

Nos casos de lesões condrais e/ou meniscais o tratamento cirúrgico deve ser avaliado. Quando a lesão meniscal é essencialmente degenerativa e não há interposição, o tratamento conservador deve ser tentado antes do cirúrgico, com resolução satisfatória na grande maioria dos casos. As lesões condrais devem ser avaliadas quanto à necessidade de tratamento cirúrgico específico com microfraturas ou abrasão ou transplante osteocondral (mosaicoplastia) ou cultura de cartilagem com retalho de periósteo. Em casos em que a lesão condral for pequena e fora da zona de carga, o tratamento conservador normalmente será o suficiente, sem necessidade de intervenção cirúrgica(2-4).

Na fase grau 1, o paciente normalmente apresenta um quadro clínico de dor de pequena intensidade sem grandes alterações radiológicas. Nesta fase aconselhamos as mudanças devidas de hábitos, com procura da diminuição da carga ponderal (perda de peso), realização de atividades físicas aeróbicas de baixo impacto, como hidroginástica e/ou musculação, alongamento, exercícios de propriocepção e utilização de analgésicos,

quando a dor não for tolerável.

Estes analgésicos normalmente são não opioides, os quais serão reservados para os casos de dor de maior intensidade. Dentre os analgésicos normalmente utilizados, podemos citar o paracetamol ou acetaminofeno até 750 mg de 6/6 horas, a dipirona sódica na dose de 500 mg até 1 g de 6/6 horas, o cetorolaco de trometamina 10 mg sublingual ou 30 mg injetável, e a sua aplicação não deve ser superior a dois dias, e as doses se restringirão a dose máxima para jovens de 90 mg/dia e dose máxima para idosos de 60 mg/dia, cloridrato de tramadol na dose de 50 mg de 4/4h ou 6/6h também podemos utilizar associação de analgésicos como cloridrato de tramadol 37,5 mg e paracetamol 325,0 mg, com comprovada potencialização do efeito analgésico(2). Na fase grau 2 o paciente apresenta um quadro inflamatório mais exuberante com dor mais intensa. Nesta fase introduzimos o uso de AINHS (anti-inflamatórios não hormonais) inibidores de COX-2 ou não, em apresentação oral, injetável e/ou tópico indicamos o uso de medicação conrotetora como diacereína na dose de 100 mg/dia, sulfato de glicosamina na dose de 1,5 g/dia associado ou não a sulfato de condroitina na dose de 1,2 g/dia e extrato insaponificável de abacate e soja na dose de 300 mg/dia. Reservamos o uso de corticoideterapia sistêmica para os pacientes portadores de doenças reumáticas e do colágeno. Iniciamos de forma mais intensa a terapia física com equipamentos para termoterapia como ultrassom, laser, assim como crioterapia, eletroestimulação muscular, transcutaneous electrical neuromuscular stimulation (TENS) e seus coadjuvantes, como acupuntura, musculação, pilates, hidroterapia(2,3).

Com a utilização de AINHS não podemos esquecer-nos da proteção do trato gastroentérico(4) e da agressão renal, principalmente nos pacientes idosos que são a grande maioria dos pacientes portadores de osteoartrose do joelho e que se encontram sob os nossos cuidados. Com a utilização de corticoides também devemos atentar para a proteção do trato gastroentérico e o cuidado nos pacientes diabéticos. Não são incomuns distúrbios gastrointestinais com o uso de conrotetores.

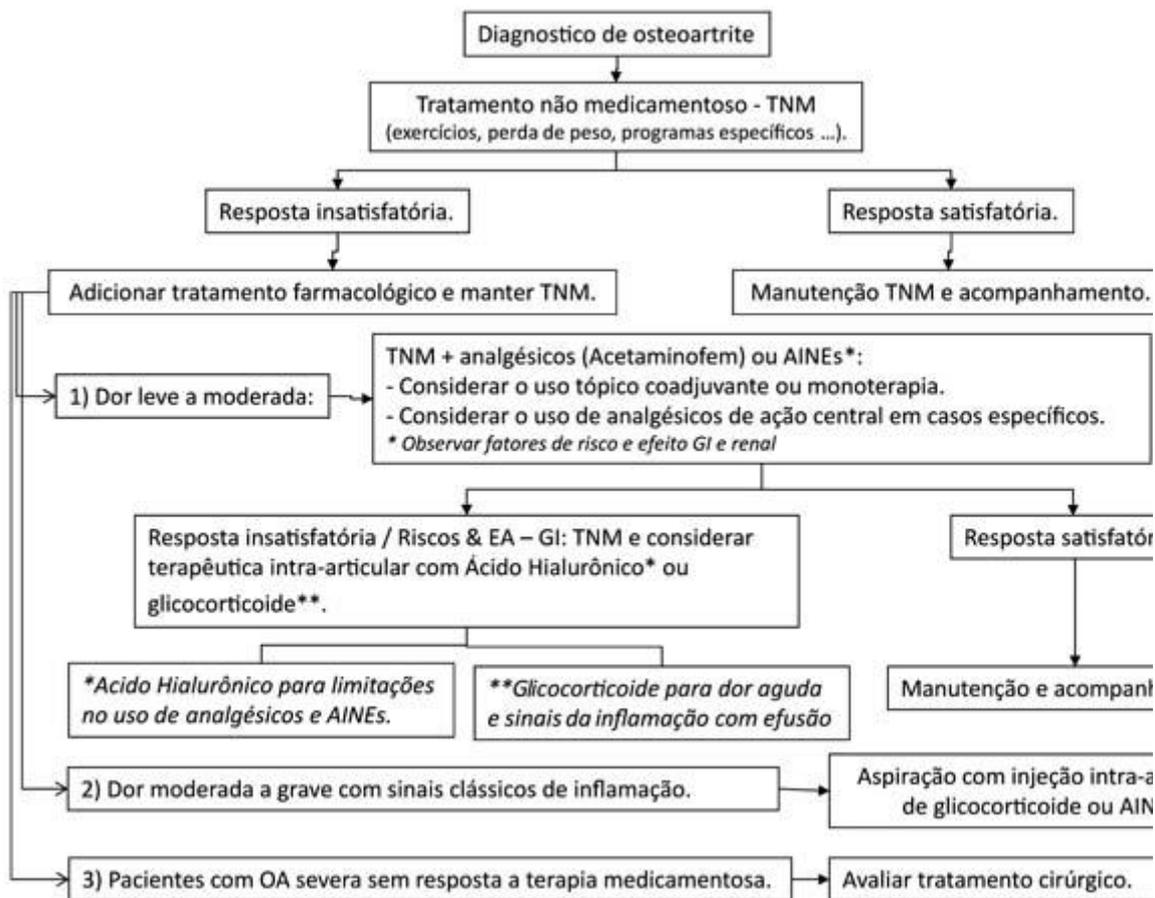
Na fase 3 o quadro clínico é completamente definido e de maior intensidade, sendo então adicionado ao tratamento previamente descrito e definido, o uso de medicação intra-articular como infiltração de corticosteroide sendo o hexacetonido de triancinolona, o de mais longa ação, porém o uso de outros corticosteroides não está descartado e a infiltração de ácido hialurônico intra-articular(2-4) em qualquer uma de suas apresentações sendo o hialuronato de sódio estéril a 1% a nossa escolha de preferência, na dose de 20 mg/2 ml em três doses, sendo uma por semana. Não podemos esquecer os cuidados de assepsia e antisepsia para a realização de uma infiltração intra-articular, devido ao risco de infecção, assim como a avaliação das condições articulares quanto à presença de derrame articular, sinovite e sinais de processo inflamatório que são fatores que contraindicam o procedimento pelo risco de exacerbação da inflamação. Devemos estar atentos para pequenas reações locais que podem surgir após a infiltração do ácido hialurônico. Apesar das observações assinaladas, a realização do procedimento é segura e sem grandes agressões aos pacientes com excelente tolerância, com pequenas queixas algicas, principalmente pelo pequeno volume injetado e pela anestesia local aplicada previamente(2,4).

Outra indicação para a infiltração do ácido hialurônico é para os pacientes que não possuem condições cutâneas ou clínicas para serem submetidos à intervenção cirúrgica de grande porte, como uma artroplastia(8-10). Exemplificando: uma paciente

hipertensa, coronariopata, diabética, com sequela de queimadura no membro que apresenta a gonartrose e o membro contralateral, amputado em nível da coxa(2).

Além dos medicamentos já descritos, existem outras drogas como cloroquina e corticoideterapia sistêmica, porém não são usadas no dia-a-dia pelo ortopedista(2,3).

Algoritmo para o tratamento da gonartrose



Algoritmo de tratamento

Propomos um algoritmo para o tratamento da gonartrose(2-4), visando descrever as opções terapêuticas descritas acima, porém considerando os níveis algícos referidos pelos pacientes.

Considerações finais

Não podemos esquecer de forma alguma que o ortopedista é um cirurgião na sua essência e, devido a tal, observamos que, nos casos em que após adotar-se tais medidas e o paciente não apresentar melhora de sua sintomatologia, a toailete articular artroscópica, assim como a lavagem articular artroscópica são recursos cirúrgicos de menor agressão ao paciente e, associado a eles, a aplicação intra-articular de ácido

hialurônico, imediatamente após a artroscopia, deve ser pensada(10).

Bibliografia

1. Coimbra IB, Pastor EH, Greve JMD, Puccinelli MLC, Fuller R, Cavalcanti FS, Maciel FMB, Honda E. AMB/CFM Projetos Diretrizes – Osteoartrite (Artrose): Tratamento. 2003.
2. Rezende MU, Gobbi RG. Tratamento medicamentoso da osteoartrose do joelho. Revista Brasileira de Ortopedia. 2009 44(1):14-9.
3. Treatment of Osteoarthritis of the Knee (non-arthroplasty) – Full Guideline, Adopted by the American Academy of Orthopaedic Surgeons, Board of Directors, First Edition December 6, 2008.
4. Practice Guidelines – Recommendations for the Medical Management of Osteoarthritis of the Hip and Knee. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines baixado em 05.01.2011 Site: acessado em 05.01.2011: Link: <http://www.rheumatology.org/practice/clinical/guidelines/oa-mgmt.asp>
5. Albuquerque RP, Giordano V, Azevedo Júnior V, Leão A, Amaral NP. Análise da reprodutibilidade de três classificações para osteoartrose do joelho. Revista Brasileira de Ortopedia. 2008 43(8):329-35.
6. Ahlbäck S. Osteoarthrosis of the Knee. A radiographic investigation. Acta Radiol Diagn. 1968 (Suppl 277):7-72 Keyes GW, Carr AJ, Miller RK, Goodfellow JW. The radiographic classification of medial gonarthrosis - Correlation with operation methods in 200 knees. Acta Orthop Scand. 1992 63(5): 497-501.
7. Kellgren JH, Lawrence JS. Radiological assessment of osteoarthrosis. Ann Rheum Dis. 1957 16(4):494-502.
8. Goldberg VM, Buckwalter JA. Hyaluronans in the treatment of osteoarthritis of the knee: evidence for disease modifying activity. Osteoarthritis Cartilage 2005 13:216-24.
9. Ghosh P, Guidolin D. Potential mechanism of action of intra-articular hyaluronan therapy in osteoarthritis: Are the effects molecular weight-dependent? Semin Arthritis Rheum. 2002 32:10-37.
10. Listrat V, Ayral X, Patarnello F et al. Arthroscopic evaluation of potential structure modifying activity of hyaluronan (Hyalgan) in osteoarthritis of the knee. Osteoarthritis Cartilage 1997 5:153-160.