

<https://doi.org/10.24245/mim.v38iS1.7976>

## Gonartrose

Dr. Leonardo Franco Pinheiro Gaia

Osteoartrite (OA) ou artrose são dois nomes para a mesmadoença. Caracteriza-se por um desarranjo articular crônico edinâmico, que cursa com perda de cartilagem e remodelaçãoóssea.<sup>1</sup> É a patologia articular mais comum em adultos do mundo todo.Sua incidência aumenta com a idade. Existem fatores intrínsecose extrínsecos que levam ao seu desenvolvimento. Em homens apartir dos 60 anos o joelho direito é mais comumente afetado; já nasmulheres não existe diferença entre os lados acometidos.<sup>2</sup>

Um equilíbrio contínuo entre a formação e a quebra da matriz-cartilaginosa é determinado por citocinas anabólicas (IGF I e II) ecatabólicas (IL 1, TNF  $\alpha$ , proteinases). Na maioria das vezes, devidoà estimulação e à modificação das atividades metabólicas doscondrócitos, esses mecanismos são capazes de compensar ou atéeliminar as influências prejudiciais que levam à OA. Quando ocorreuma quebra desse equilíbrio e os fatores prejudiciais se sobrepõemàqueles compensatórios, há uma degradação da matriz cartilaginosa; esse é o primeiro passo para o desenvolvimento da gonartrose, a qual se relaciona especificamente com os joelhos e que pode evoluiraté a fase mais avançada da doença. O mecanismo de degeneraçãocartilaginosa ainda não é bem entendido. Fatores enzimáticos emecânicos têm impacto na função dos condrócitos e na degeneraçãodessa matriz.<sup>3,4</sup>

Médico Formado pela UFTM (Universidade Federal do Triângulo Mineiro) Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia pelo Instituto de Ortopedia e Traumatologia da USP-SP (Universidade de São Paulo) Especialização em Cirurgia da Coluna Vertebral pelo Instituto de Ortopedia e Traumatologia da USP-SP Médico Assistente do Grupo de Coluna do Hospital de Clínicas da UFTM Médico Assistente do Grupo de Coluna do Hospital Universitário da Universidade de Uberaba (UNIUBE)

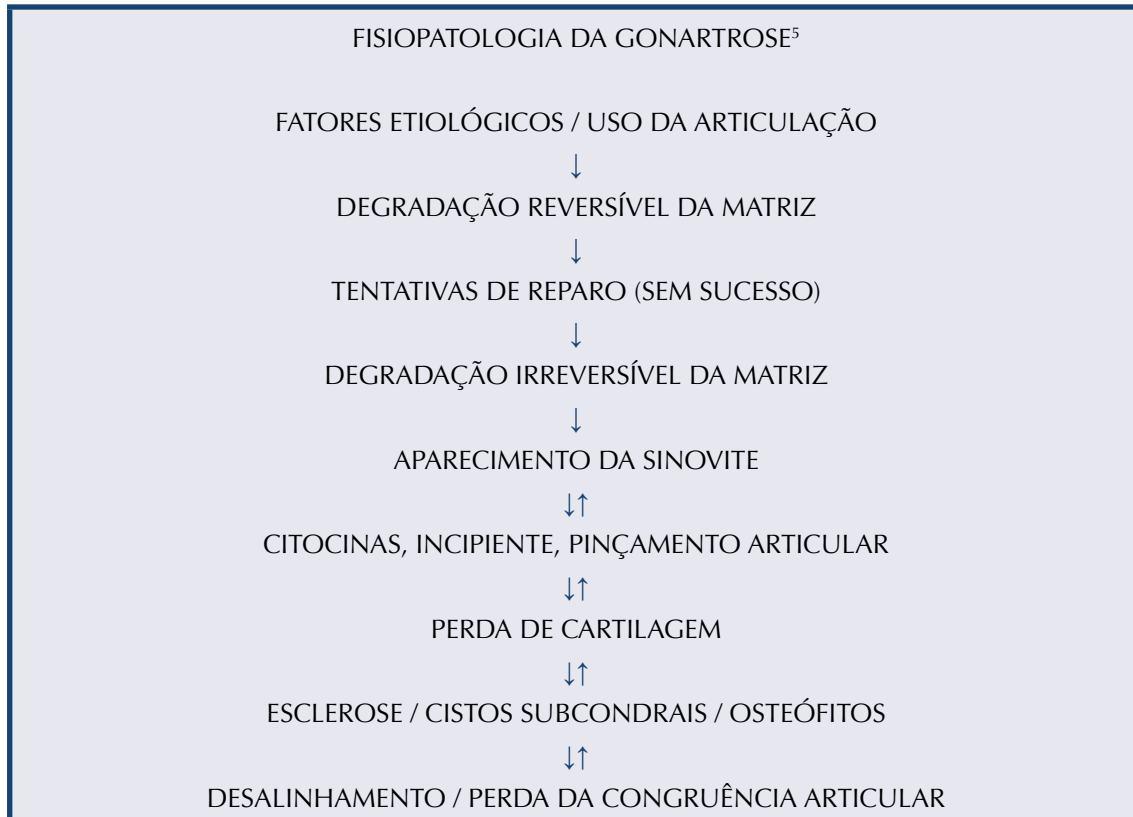
**Recebido:** 20 de Junho de 2022

**Aceito:** 20 de Julho de 2022

**Correspondência**  
equipemedica@mpgrupo.com.br

**Este artigo deve ser citado como:**  
Pinheiro Gaia LF. Gonartrose. Med Int Méx. 2022; 38 (Supl. 1): S16-S19.

## NOTA



### Fatores de risco para osteoartrite do joelho<sup>5</sup>

#### ENDÓGENOS

IDADE

SEXO

HEREDITARIEDADE

ORIGEM ÉTNICA

PÓS-MENOPAUSA

#### EXÓGENOS

MACROTRAUMA

MICROTRAUMA DE REPETIÇÃO

SOBREPESO / OBESIDADE

CIRURGIAS DE RESSECÇÃO

TABAGISMO / ALCOOLISMO

#### Diagnóstico

A gonartrose apresenta-se com dor e inchaço nos joelhos, levando a uma diminuição da mobilidade articular. Tradicionalmente, os critérios diagnósticos incluem alterações características radiológicas, inclusive de estreitamento do espaço articular, e mudanças ósseas associadas. Em alguns casos, exames laboratoriais podem ser necessários. Essa articulação diartrodial é um órgão complexo que compreende uma variedade de tipos de células e tecidos, todos modificados no ambiente da OA ativa.<sup>6</sup> O diagnóstico pre-

ciso é necessário para determinar as opções de tratamento.

### Classificação

#### ESTÁGIOS DA OA - KELLGREN E LAWRENCE

ESTÁGIO 0: SEM ANORMALIDADES

ESTÁGIO 1: OA INCIPIENTE, OSTEÓFITOS

ESTÁGIO 2: PINÇAMENTO ARTICULAR ESCLEROSE SUBCONDRAIS

ESTÁGIO 3: > 50% DE PINÇAMENTO ARTICULAR, ESCLEROSE EXTENSA,

CÔNDILO FEMORAL ARREDONDADO

ESTÁGIO 4: OBLITERAÇÃO ARTICULAR, CISTOS SUBCONDRAIS, SUBLUXAÇÃO

#### CLASSIFICAÇÃO DE AHLBÄCK PARA OA DE JOELHO

GRAU I: REDUÇÃO DO ESPAÇO ARTICULAR

GRAU II: OBLITERAÇÃO DO ESPAÇO ARTICULAR

GRAU III: DESGASTE DO PLATÔ TIBIAL < 5 mm

GRAU IV: DESGASTE DE 5 A 10 mm DO PLATÔ TIBIAL; EXTENSO DESGASTE DA

MARGEM POSTERIOR DO PLATÔ

GRAU V: GRAVE SUBLUXAÇÃO DA TÍBIA; SUBLUXAÇÃO ANTERIOR > 10 mm

### Tratamento

Por ora, a osteoartrite do joelho não é uma patologia curável, e os mecanismos pelos quais ela surge e progride ainda não estão muito claros. Portanto, o objetivo do tratamento é aliviar os sinais e sintomas da doença e, se possível, retardar sua progressão. O arsenal terapêutico varia desde medidas gerais, como fisioterapia,

reabilitação, bandagens, órteses e farmacoterapia, até, finalmente, os procedimentos cirúrgicos. Como citou Mohing: “o melhor tratamento para OA de joelho ainda é a prevenção”.<sup>7</sup> A cirurgia é indicada quando existe uma correlação clínica radiológica nos achados do paciente e todos os métodos conservadores de tratamento já foram tentados.

### CONCLUSÃO

Conclui-se que a gonartrose é uma das mais frequentes formas de artrite crônica,<sup>9</sup> o que leva a um alto índice de incapacidade em todo o mundo.<sup>10</sup> O tratamento farmacológico tem se mostrado extremamente importante no alívio da dor desses pacientes, além de permitir uma melhor adesão às práticas de reabilitação. Os anti-inflamatórios não esteroidais inibidores da COX-2 têm alta taxa de eficácia e segurança na abordagem desses indivíduos. Os baixos índices de eventos adversos cardiovasculares e gastrointestinais permitem o uso de CIBEX como primeira escolha no tratamento da osteoartrite.<sup>11</sup> Em relação aos analgésicos opioides, o emprego do tramadol isolado (TROL) ou em associação com paracetamol (TROL PAR) tem sido bastante eficaz no alívio rápido da dor de intensidade forte à moderada, sem efeitos colaterais do sistema nervoso central. Tal fato permite uma maior adesão ao tratamento, além de sua utilização prolongada.

### Recomendações para o tratamento conservador

1. O tratamento conservador (não cirúrgico) requer uma combinação de medidas medicamentosas e não medicamentosas.
2. Ele deve ser guiado de acordo com os fatores de risco, severidade da dor, presença ou ausência de derrame articular e grau de acometimento da articulação.
3. Medidas não medicamentosas: perda de peso, mudança de hábitos (evitar o tabagismo/não ingerir ou diminuir o consumo de álcool), palmilhas e bandagens ortopédicas, atividade física e fisioterapia.

4. Analgésicos não opioides (*paracetamol*) e anti-inflamatórios (*celecoxibe*), por exemplo, são a primeira escolha, desde que não existam contraindicações.
5. Aplicações locais com analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais (AINES).
6. Analgésicos opioides (*tramadol*), se bem tolerados.
7. Substâncias farmacológicas que retardam a progressão da doença.
8. Injeção intra-articular de corticoide e viscosuplementação.