

# GRAVIDEZ COMPLICADA COM OSTEOPOROSE IDIOPÁTICA TRANSITÓRIA E DERMATITE PAPULOSA

Luana Gabriele Nilson<sup>1</sup>  
Flavio Augusto Vicente Seixas<sup>2</sup>  
Nelson Shozo Uchimura<sup>3</sup>

NILSON, L. G.; SEIXAS, F. A. V.; UCHIMURA, N. S. Gravidez complicada com osteoporose idiopática transitória e dermatite papulosa. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 13, n. 3, p. 249-254, set./dez. 2009.

**RESUMO:** Este relato descreve o caso de uma paciente de 25 anos que, durante a primeira gravidez, desenvolveu Dermatite Papulosa (DPP) em paralelo à osteoporose idiopática Transitória (OIT), sendo ambas doenças raras e com etiologias ainda mal esclarecidas. O diagnóstico da DPP se deu por biópsia de tecido, enquanto que o da OIT foi feito por exclusão. Seus sinais clínicos e radiológicos iniciais podem simular os de necrose asséptica, infecção ou neoplasia, entidades cujo diagnóstico pode necessitar de métodos invasivos. Neste trabalho são mostradas as diferenças clínicas e radiológicas que levaram ao diagnóstico da OIT, bem como, o tratamento indicado, uma vez que, estar atento aos sintomas iniciais desta doença pode poupar o paciente de procedimentos invasivos ou terapias desnecessárias.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doenças ósseas; Osteoporose; Imagem por ressonância magnética.

## PREGNANCY COMPLICATED WITH TRANSIENT IDIOPATHIC OSTEOPOROSIS AND DERMATITIS PAPULOSA

**ABSTRACT:** This report describes the case of a 25 years old woman, during her first pregnancy, she developed Dermatitis Papulosa (DPP) in parallel with Idiopathic Transient Osteoporosis (ITO), both being rare diseases with unclear etiology. The diagnosis of DPP was made by skin biopsy, while the Idiopathic Transient Osteoporosis was made by exclusion. The initial clinical and radiological signals of ITO can mimic aseptic necrosis, infection or neoplasia, entities whose diagnosis may require invasive methods. This paper shows the clinical and radiological differences that led to the diagnosis of ITO, as well the recommended treatment, since being aware about the initial symptoms of this disease may save the patients from invasive procedures or unnecessary therapies.

**KEYWORDS:** Bone diseases; Osteoporosis; Magnetic resonance imaging.

## Introdução

Durante a gestação, inúmeras alterações metabólicas acometem a mulher. Dentre as alterações dermatológicas possíveis nesse período destaca-se a Dermatite Papulosa da Gravidez (DPP), patologia rara e de etiologia ainda mal esclarecida, cujo tratamento requer o emprego de corticóides sistêmicos que podem causar efeitos adversos, como a osteopenia.

A osteoporose idiopática transitória (OIT) por sua vez, também é uma doença rara, que em gestantes se manifesta geralmente no terceiro trimestre de gestação e cujo diagnóstico é feito por exclusão. Seus sinais clínicos e radiológicos iniciais podem simular os de necrose asséptica, infecção ou neoplasia, entidades cujo diagnóstico pode necessitar de métodos invasivos.

A OIT, ao contrário da osteoporose que acomete principalmente idosos, afeta pessoas jovens, destacando-se dois grupos específicos: homens jovens e de meia idade e mulheres, geralmente, no terceiro trimestre de gestação (LOPES; FARIAS, 2006; GOLDMAN et al., 1994; ASTORGA et al., 1994; KEYS; WALTERS, 1987) sendo que para cada três homens, uma mulher é afetada (KAPLAN et al., 2003) e raramente acomete crianças (SHIFRIN et al.,

1987).

Existem poucos relatos desta patologia no mundo, sendo que até 1989 menos de 200 casos haviam sido relatados (SHAPIRA et al., 1989). Após esse período, foram documentados cerca de dez casos, sendo que Goldman et al. (1994) relatam a publicação de 53 casos de OIT na gravidez. Em função disso, a OIT ainda contém muitos pontos a serem esclarecidos, entretanto existem poucos estudos ou referenciais teóricos no mundo, ainda mais quando associada a outras patologias.

Desse modo, este relato descreve um caso raro de uma gestante que apresentou DPP simultaneamente à OIT, a qual se iniciou no segundo trimestre de gestação. Até então, nenhum outro relato que descreve a ocorrência de ambas as patologias, bem como a instauração de OIT neste período de gestação. Fatos que tornam trabalhos como este, importantes para auxiliar na identificação e no diagnóstico da doença pelos profissionais da saúde, possibilitando maior conhecimento diagnóstico e agilidade no emprego de medidas terapêuticas eficazes. Permite também perceber de que maneira o caso em estudo pode ser incorporado aos casos já publicados e às pesquisas na área, o que contribui na identificação dos aspectos determinantes da dificuldade diagnóstica e na instituição de tratamento eficaz aos pacientes com OIT.

<sup>1</sup>Departamento de Enfermagem – UNIPAR, campus de Umuarama-PR.

<sup>2</sup>Departamento de Bioquímica – UEM, campus de Umuarama-PR.

<sup>3</sup>Departamento de Medicina, Divisão de Ginecologia e Obstetrícia – UEM, campus de Maringá-PR.

## Relato de Caso

Mulher de 25 anos, mulata, grávida 2 para 1, magra, apresentou na primeira semana de gestação IMC de 19,70 Kg/m<sup>2</sup>, onde reportando perda de 5 Kg até a 12ª semana. Sua dieta era balanceada, perfil lipídico normal, sem referência à hemoglobinopatias, sem histórico de tabagismo, dor óssea, articular ou fraturas, nem mesmo de terapia com corticosteróides, anticonvulsivantes ou anticoagulantes, porém, com histórico de alergias a picadas de insetos e a medicamentos. A paciente procurou por obstetra local se queixando de intensa psoríase corporal na 5ª semana de gestação.

Assim, dosagem de beta-HCG na 19ª semana foi de 38.000 mUI/mL e biopsia de pele neste mesmo período confirmou dermatite papulosa da gravidez (DPP).

Na 20ª semana foi então prescrito um hidratante sem conservantes para uso tópico diário e, para uso oral Bromazepam 6 mg (1x/dia) e Prednisona 20 mg (1x/dia), ambos para uso oral.

Uma semana depois, a paciente se queixou de intensa dor na região do quadril com perda de movimento rotatório na perna esquerda, tornando impossível andar. A ultrassonografia da musculatura local estava normal. Uma semana mais tarde, a medicação foi interrompida, exceto pelo hidratante. Uma nova prescrição incluiu: Ebastina 20mg/dia, Deflazacort 30mg (2x/dia), ambos de uso oral; e Clobetasol capilar 0,05% (2x/dia), Betametasona creme 0,1% (2x/dia) e o uso diário de um talco mentolado.

Uma semana depois, a dor no quadril aumentou e a paciente apresentou limitação funcional, marcha claudicante e dificultada. Exame de ressonância magnética (MRI) se caracterizou por edema ósseo característico em T2, acometendo apenas o fêmur esquerdo, atingindo as regiões da cabeça, pescoço e intertrocanterica; as superfícies articulares se mostraram intactas; nenhuma evidência de lesão com efeito de massa no caminho do nervo ciático. Os sintomas clínicos, associados aos achados da MRI e ao histórico da paciente sugeriram osteoporose idiopática transitória (Figura 1, A e B).



**Figura 1, A e B:** T2 MRI mostrando intensidade aumentada do sinal na cabeça e colo do fêmur esquerdo (setas) se estendendo para a região intertrocanterica. Não se observa evidências de regiões necróticas.

O tratamento recomendado incluiu a abolição do uso de corticóides e repouso relativo utilizando muletas axilares para locomoção quando extremamente necessário. Sessenta dias depois a dor diminuiu significativamente e a paciente podia se manter de pé sem apoio. E com 39 semanas de gestação a paciente deu à luz um menino por parto cesariano.

Vinte e seis meses após o parto, uma segunda gestação de 39 semanas teve início, mas desta vez, sem a ocorrência da DPP ou de OIT.

## Discussão

No primeiro trimestre de gravidez, a paciente apresentou alteração dermatológica significativa, sendo instituído tratamento a base de ansiolítico/

sedativo, glicocorticóide e um hidratante sem conservantes, objetivando a melhora da DPP, cuja etiologia pode ser a liberação de antígenos placentários, e que pode acometer a gestante em qualquer fase da gravidez com aparecimento de pápulas em qualquer área da pele que, após formação de crostas, deixam cicatrizes hiperpigmentadas (SAMPAIO; RIVITTI 2001).

Para ser estabelecido tal diagnóstico, é preciso que sejam descartadas outras condições pruriginosas da gravidez, sendo útil no diagnóstico diferencial, a elevação de gonadotrofinas coriônicas presente em pacientes portadoras de DPP (SAMPAIO; RIVITTI, 2001) que foram quantificadas na paciente na 19ª semana de gestação, apresentando taxa de Beta-hCG de 38.000 mUI/ml, sendo que nessa fase da gestação é comum valores entre 5.000 e 15.000 mUI/ml (BURTIS et al., 2008) corroborando com o diagnóstico da dermatite.

Outros exames bioquímicos mostraram parâmetros normais, destacando-se apenas alterações hematológicas nas séries branca e vermelha, o que é comum durante a gestação (BURTIS et al., 2008). Estes resultados são confirmados por outros trabalhos, que descrevem a normalidade nos exames bioquímicos, com alterações apenas na taxa de sedimentação e produção de hidroxiprolina urinária nos pacientes anteriormente estudados (GOLDMAN et al., 1994; KEYS; WALTERS, 1987; SHIFRIN et al., 1987).

O tratamento com glicocorticóide foi interrompido pela paciente duas semanas após o início, pois a paciente suspeitou que o medicamento seria a causa da dor que passou a sentir, bem como da perda do movimento rotatório da cabeça femoral. No entanto, Souza et al. (2004) mencionam a ocorrência de efeitos nocivos dos glicocorticóides somente após três meses de início da terapia.

Dentre as possíveis causas da dor local no quadril, a necrose asséptica da cabeça do fêmur (NACF) seria a mais comum. Esta doença está associada ao uso de corticóides, os quais foram utilizados pela paciente no tratamento do prurido. A abolição precoce deste tratamento pode ter interrompido a evolução da doença nas fases iniciais. A NACF, mais especificamente conhecida como necrose isquêmica (NI), é restrita às regiões subarticular do osso ou a epifisária (SAINI; SAIFUDDIN, 2004).

São várias as condições que levam ou que estão associadas com a NI, sendo trauma a mais comum, seguido de hemoglobinopatias, desordens metabólicas, gastrintestinais, fumo, alcoolismo, iatrogênica ou idiopática (SAINI; SAIFUDDIN, 2004).

O exame preferencial para diagnóstico da

NI é a MRI devido a sua alta sensibilidade, sem falar que existe uma alta incidência de NI bilateral no quadril assintomático contra lateral que é evidenciada por este exame. Em MRI de NI, as áreas visíveis da cabeça femoral demonstram baixa intensidade de sinal em T1 e intensidade intermediária ou alta nas sequências de T2, considerando que as áreas necrosadas são hipointensas tanto em T1 quanto em T2. Edema local é visto na MRI de NI apenas nos estágios avançados da doença, após colapso articular (SAINI; SAIFUDDIN, 2004). Embora a NI possa ser a causa mais provável, as evidências encontradas nos exames de MRI realizados pela paciente, assim como os sinais clínicos apresentados, não apontam para este caminho.

O edema observado na MRI da paciente não é específico, sendo também observado em outras entidades como a osteoporose idiopática transitória, doença incomum cujo diagnóstico é feito por exclusão (TRAN; PETROVSKY, 2002). O diagnóstico diferencial deve ser feito por meio da clínica e exames de imagem, com inúmeras patologias que provocam dor articular, podendo citar: osteonecrose, fraturas de stress, osteoartrite inflamatória, contusão óssea, osteomielite, neoplasia infiltrativa, osteoporose migratória regional, síndrome de edema transitório de medula óssea, distrofia do reflexo simpático (STOLLER et al., 2006).

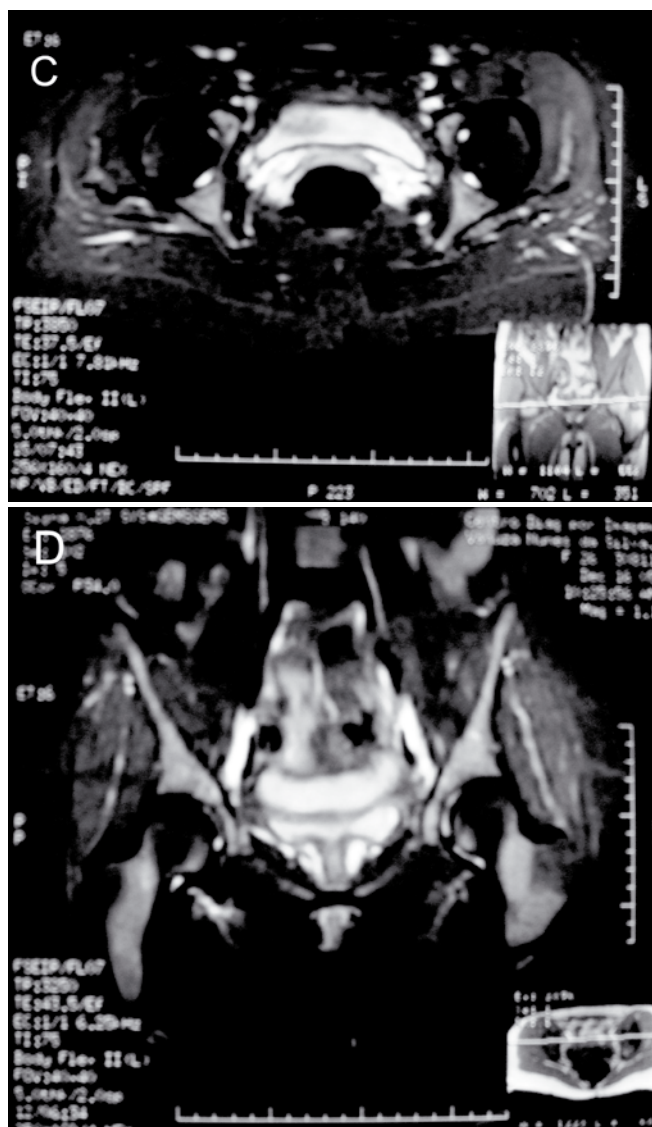
A osteoporose secundária ao uso de corticosteróides apresenta manifestação clínica sistêmica, enquanto que a osteoporose transitória do quadril é uma manifestação localizada da dor complexa regional, a qual não está associada ao uso de esteróides. Além disso, é fato que a OIT está associada a gestantes durante o terceiro trimestre de gravidez e a homens de meia idade, ambos sem antecedentes de trauma (SAMPAIO; RIVITTI, 2001; SOUZA et al., 2004).

Os sinais clínicos da OIT incluem sensibilidade ao toque, dor crescente no local afetado, marcha claudicante que piora e se agrava com aumento do peso sobre a articulação, mobilidade prejudicada, perda de movimento rotatório do quadril, tudo isso sem menção a quedas ou fraturas anteriores, história familiar ou predisposição genética, sendo que em gestantes acomete quase que exclusivamente o quadril esquerdo (unilateral). Tais sintomas cessam poucas semanas após o parto. Há relatos de casos de OIT do quadril em gestações precoces que tiveram a dor cessada após abortos espontâneos ou terapêuticos (SCHAPIRA et al., 1989).

O exame preferencial para diagnóstico da OIT também é a MRI, sendo evidenciada por meio de uma diminuída intensidade de sinal na medula óssea

em T1; intensidade de sinal aumentada em relação à intensidade da medula normal em T2 e, derrames articulares que são caracteristicamente observados em T2 nas fases iniciais. A extensão da intensidade de sinal anormal na epífise pode sugerir necrose asséptica. Entretanto, a zona de demarcação bem definida e a área de intensidade de sinal diminuída ao longo da sequência SE, as quais são frequentemente encontradas na necrose asséptica, não estão presentes na osteoporose transitória (KAPLAN et al., 2003) conforme mostrado na figura 01, A e B.

O quadro clínico apresentado pela paciente se encaixou perfeitamente na sintomatologia característica da OIT, bem como com os achados em MRI, entretanto, o diagnóstico definitivo da OIT se deu após sete meses do fim da gestação, com base na clínica, evolução para a cura e após nova MRI que comprovou a remineralização óssea com retorno à normalidade (Figura 2, C e D).



**Figura 2, C e D:** Exame de MRI realizado após a cura, mostrando normalidade de sinal na região do fêmur esquerdo.

A paciente apresentou melhora após a interrupção do tratamento com glicocorticoide, instituição de repouso e uso de muletas, sem tratamento farmacológico, o que também promoveu a resistência óssea, prevenindo fraturas, que quando ocorrem, apontam à gravidade do quadro. Além disso, o emprego de 100 UI de calcitonina subcutânea duas vezes ao dia e a suplementação oral diária de cálcio (600 mg) com vitamina D (400 IU) podem acelerar o processo de recuperação (ARAYSSI et al., 2003). O uso de bifosfonatos não é recomendado devido a sua toxicidade fetal (GOLDMAN et al., 1994; SHAPIRA et al., 1989).

Algumas hipóteses etiológicas já foram levantadas para a OIT, como deterioração do retorno venoso e ativação de estímulos em muitos ossos, gerando exacerbada reabsorção osteoclástica, com perda de tecido ósseo e redução da densidade, enfraquecendo o osso, o qual fica sensível, gerando dor mediante esforços. A diminuição do pico de massa óssea também é apontada como causa da osteoporose idiopática, geralmente hereditária (BLOEM, 1988). Entretanto, a paciente em questão não possui familiares próximos com osteoporose.

Na literatura sobre o assunto, Kaplan et al. (2003) que a gestação é o único fator predisponente à OIT, o que, de acordo com Shifrin et al. (1987) favorece o diagnóstico nesse período, mas contraria Stoller (2007) que diz que, além de gestantes, homens de meia idade, entre 30 e 40 anos, também constituem grupo de risco. Há autores que, devido a maior agressividade da doença no período, definem a OIT gestacional como Osteoporose Idiopática Generalizada, enquanto outros como Dent e Friedman (1965), negam que a gravidez tenha relação direta com a ocorrência de Osteoporose Idiopática Sistêmica (GOLDMAN, 1994). Outra causa considerada é o tratamento com corticóides, já que existem relatos de ocorrência de OIT associada ao emprego desses medicamentos (SOUZA et al., 2004).

Os procedimentos diagnósticos mais citados como sendo empregados no decorrer dos anos para OIT são: densitometria e cintilografia ósseas, radiografias, ultrassom, tomografia computadorizada e ressonância magnética, sendo este último o mais indicado.

Vale ressaltar que o tratamento deve ser adequado a cada pessoa, avaliando suas necessidades individuais, sendo empregada terapia paliativa, visando dar condições ao paciente para suportar o curso da doença, que não sofre muitas alterações devido o seu emprego. De acordo com Goldman et al. (1994) o curso da doença se mantém no ciclo: aparecimen-

to dos sintomas, que pioram, estabilizam-se e depois declinam até a cura. O uso de corticosteróides e anti-inflamatórios não esteroidais não influem no curso da OIT, mas a recuperação pode ser acelerada pelo emprego de calcitonina, sendo o repouso na cama e procedimentos para não engordar muito empregados. Há pessoas que requerem o uso de andador, cadeira de rodas ou ambos, alguns respondem a analgésicos e outros não, e há também os que apresentam alívio da sintomatologia apenas com a restrição de sobrepeço (SHIFRIN et al., 1987).

Quanto às dermatoses específicas da gravidez, essas decorrem da gestação e acontecem apenas durante este período, o que explica o fato de que cinco dias após o parto houve normalização do prurido. No entanto, até o momento, não existe nenhum outro relato na literatura que reporte a ocorrência simultânea de DPP e OIT em uma gestante.

### Conclusão

A osteoporose transitória do quadril é uma entidade rara, sem origem nem etiologia esclarecidas e, embora não haja evidências que apontem sua origem ao uso de glicocorticóides ou à Dermatite Papulosa da Gravidez, relatos como este que descrevem sua manifestação simultânea com outras doenças, podem vir a contribuir para a sua completa elucidação. Em seus estágios iniciais, a OIT pode ser confundida com outras entidades cujo diagnóstico depende de exames invasivos, portanto, estar atento aos sintomas iniciais da OIT pode poupar o paciente de procedimentos ou terapias desnecessárias.

### Agradecimentos

Nossos agradecimentos ao Dr. Paulo Roberto Fernandes Faria pela valiosa opinião a respeito deste trabalho.

### Referências

ARAYSSI, T. K. et al. Calcitonin in the treatment of transient osteoporosis of the hip. **Seminar in Arthritis Rheumatism**, v. 32, n. 6, p. 388-397, 2003.

ASTORGA, G. et al. Osteoporose regional transitória idiopática (ORTI) do joelho. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 34, n. 2, p. 101-104, 1994.

BLOEM, J. L. Transient osteoporosis of the hip:

MR Imaging. **Radiology**, v. 167, n. 3, p. 753-755, 1988.

BURTIS, C. A.; ASHWOOD, E. R.; BURNS, D. E. **Tietz hematologia clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

DENT, C. E.; FRIEDMAN, M. Pregnancy and idiopathic osteoporosis. **The Quarterly Journal of Medicine**, v. 34, n. 135, p. 341-357, 1965.

GOLDMAN, G. A. et al. Idiopathic transient osteoporosis of the hip in pregnancy. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 46, n. 3, p. 317-320, 1994.

KAPLAN, P. A. et al. **Ressonância magnética musculoesquelética**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

KEYS, G. W.; WALTERS, J. Idiopathic transient osteoporosis of the hip: brief report. **The Journal of Bone and Joint Surgery**, v. 69, n. 5, p. 773-774, 1987.

LOPES, R. F.; FARIAS, M. L. F. Aspectos genéticos, influência do eixo GH/IGF1 e novas possibilidades terapêuticas na osteoporose idiopática. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, n. 2, p. 110-117, 2006.

SAINI, A.; SAIFUDDIN, A. MRI of osteonecrosis. **Clinical Radiology**, v. 59, n. 12, p. 1079-1093, 2004.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

SCHAPIRA, D. et al. Transient osteoporosis of the hip: case report and review of the literature. **Israel Journal of Medical Sciences**, v. 25, n. 12, p. 709-712, 1989.

SHIFRIN, L. Z. et al. Idiopathic transient osteoporosis of the hip. **The Journal of Bone and Joint Surgery**, v. 69, n. 5, p. 769-773, 1987.

SOUZA, S. C. M. et al. The effect of intravenous zoledronic acid on glucocorticoid-induced multiple vertebral fractures in juvenile systemic lupus erythematosus. **Revista do Hospital das Clínicas**, v. 59, n. 5, p. 302-305, 2004.

STOLLER, D. W.; TIRMAN, P. F. J.; BREDELLA, M. A. **Diagnostic imaging orthopaedics**. Salt Lake City: Amirsys Inc, 2006.

STOLLER, D. W. **Magnetic resonance imaging in orthopaedics and sports medicine**. 3. ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. v. 1.

TRAN, H. A.; PETROVSKY, N. Pregnancy-associated osteoporosis with hypercalcemia. **Internal Medicine Journal**, v. 32, n. 9-10, p. 481-485, 2002.

---

Recebido em: 20/01/2010

Aceito em: 20/04/2010

Received on: 20/01/2010

Accepted on: 20/04/2010