

ORIENTAÇÃO DE RECURSOS

REVALIDA 2024.1

QUESTÃO OBJETIVA: 57

Prezada banca, venho por meio deste solicitar a anulação da questão 57 pelos fatos expostos abaixo.

No enunciado, temos um homem de 61 anos, hipertenso e diabético, que apresenta queixas e achados de exame físico compatíveis com osteomielite aguda, no entanto, não temos menção a um mecanismo fisiopatológico compatível e que justifique pensarmos nesta condição como a principal hipótese diagnóstica dada sua baixa prevalência na população adulta, especialmente quando acomete a região pélvica. Além disso, temos que avaliar indicação da ressonância magnética como o exame de imagem a ser realizado neste momento.

A osteomielite é uma infecção óssea que pode ocorrer pelas vias hematogênica, por contiguidade ou inoculação direta. Sabemos que o diabetes mellitus e cirurgias ortopédicas são alguns dos principais fatores implicados em sua fisiopatologia em pacientes de idade mais avançada. No entanto, o enunciado não nos traz um mecanismo fisiopatológico plausível.

Fica claro que o diabetes mellitus está controlado e não há qualquer menção a neuropatia, úlceras ou lesões cutâneas que poderiam servir como porta de entrada para a bactéria pelo mecanismo de contiguidade. Pensando em outros dois fatores associados, que seriam a fratura exposta e a possível colocação de algum dispositivo ortopédico na região proximal do fêmur, não sabemos se foi um erro de digitação, mas ambos os fatos ocorreram há 8 anos e, desde então, não houve qualquer menção a complicações ou abordagens que poderiam justificar a penetração da bactéria na região pélvica. Caso o período de tempo mencionado fosse de 8 dias ou mesmo 8 semanas, definitivamente teríamos que pensar em osteomielite aguda dada a correlação clínica já bem estabelecida na literatura. Como a menção foi há 8 anos, essa força de associação se perde e outros diagnósticos diferenciais tornam-se mais prováveis inicialmente, como a artrite séptica (que pode, inclusive, levar à osteomielite por contiguidade).

Além disso, não sabemos que procedimento foi feito nesta cirurgia, como uma osteossíntese ou mesmo uma artroplastia total de quadril. Por isso, ainda que a ressonância magnética seja o exame de escolha para o diagnóstico da osteomielite aguda, o ideal seria, em primeiro lugar, termos mais informações acerca da anatomia local, do procedimento realizado e de eventuais dispositivos presentes no paciente, como parafusos ou uma prótese. E poderíamos obter isso rapidamente por meio de uma radiografia simples de bacia, por exemplo.

Isso porque, ainda que a presença de uma prótese de quadril não configure uma contraindicação, a fim de se obter imagens de melhor qualidade e diminuir a presença de artefatos na ressonância magnética, precauções, ajustes e adaptações deveriam ser realizados para melhor identificação de achados compatíveis com infecções periprotéticas e sabemos que, além do custo elevado, a disponibilidade de tal recurso em nosso meio é baixa. Pelos fatos expostos acima, solicito gentilmente a anulação da questão. Grato,

BIBLIOGRAFIA:

- Tahaniyat Lalani, et al. Nonvertebral osteomyelitis in adults: Clinical manifestations and diagnosis. Disponível em <https://www.uptodate.com/contents/nonvertebral-osteomyelitis-in-adults-clinical-manifestations-and-diagnosis?> Acesso em: 21 de março de 2024
- Matthew F. Koff, et al. Clinical Implementation of MRI of Joint Arthroplasty. AJR 2014; 203:154–161. DOI:10.2214/AJR.13.11991
- Julien Galley, et al. Diagnosis of Periprosthetic Hip Joint Infection Using MRI with Metal Artifact Reduction at 1.5 T. Radiology 2020; 296:98–108. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020191901>
- Chang Shufen, et al. Diagnostic value of magnetic resonance imaging for patients with periprosthetic joint infection: a systematic review. BMC Musculoskeletal Disorders (2023) 24:801. <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06926-5>