Nota Técnica 423618

Data de conclusão: 28/10/2025 15:48:54

Paciente

Idade: 39 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Pelotas/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 2° Núcleo de Justiça 4.0 - RS

Tecnologia 423618

CID: M16 - Coxartrose [artrose do quadril]

Diagnóstico: M16 - Coxartrose [artrose do quadril]

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: 0408040092 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: 0408040092 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Artroplastia total primária do quadril não cimentada / híbrida feita com prótese convencional oferecida pelo SUS, incluindo o componente cefálico abaixo descrito.
07.02.03.013-9 - Componente cefálico para artroplastia total do quadril (inclui prótese). Descrição: componente principal estéril e implantável de uma prótese total de quadril (componente femoral), concebido para substituir a cabeça do fêmur. O dispositivo pode ser feito de materiais metálicos e/ou cerâmica.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: 0408040092 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: 0408040092 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A Artroplastia total de quadril (ATQ) é a substituição do osso e cartilagem desta articulação por componentes protéticos, é o procedimento cirúrgico mais comum para tratamento da osteoartrite e está associada a excelentes resultados clínicos em curto e longo prazo quando a seleção do paciente para cirurgia é apropriada [2]. Considerando que não há controvérsia do ponto de vista da indicação do procedimento no caso da parte autora e que trata-se de procedimento disponível no SUS, focaremos a discussão no que concerne a demora no acesso ao tratamento.
Longos tempos de espera são, de fato, inadequados para pacientes com indicação de artroplastia traduzindo-se em dores e limitação funcional crescentes, e portanto, é desejável que a intervenção cirúrgica ocorra o mais breve possível. Não existem, no entanto, limites de tempo de espera propostos. Em revisão sistemática de 2018 concluiu-se que as evidências do impacto da espera são inconsistentes - resultados de estudos que avaliaram qualidade de vida durante o período de espera podem ser afetados tanto pelas características dos pacientes incluídos quanto pelas escolhas das medidas consideradas como resultados [5]. Cabe destacar que, mesmo frente aos agravos causados, o tratamento segue sendo considerado eletivo para quadros clínico-funcionais como os da parte autora.
As substituições de quadril e joelho estão entre as cirurgias mais realizadas em todo o mundo, e a alta demanda por esses procedimentos representa um desafio para muitos sistemas de saúde. De acordo com os últimos dados disponíveis (relatório de 2019, dados de 2017) da OECD, o tempo médio e mediano de espera para artroplastia total do quadril eram de 161 e 95 dias, respectivamente. Países como Dinamarca, Suécia e Nova Zelândia apresentavam tempo de espera abaixo de 50 dias, enquanto Polônia e Chile atingiam mais de 400 dias (acima de 13 meses) como média de espera (cerca de 240 dias como mediana) [6].

Com relação ao uso de prótese com superfície de cerâmica nas ATQ, as vantagens alegadas para estas próteses dizem respeito à resistência, à corrosão e aos riscos, quando comparadas às metálicas, sendo ainda quimicamente inertes, sofrendo também menos desgaste oxidativo. Para os pacientes mais jovens, com maior nível de atividade física e impacto, as próteses de cerâmica supostamente trariam maiores benefícios, pelo menor desgaste associado à combinação cerâmica-polietileno [2,4].

Revisão sistemática de 2021 com metanálise de 15 ensaios clínicos randomizados (ECR) (incluídos 2.702 pacientes e 2.813 quadris) comparou próteses com componentes cerâmica sobre cerâmica (CoC) e componentes cerâmica sobre polietileno (CoP) em artroplastia total de quadril (ATQ) primária [7]. Digno de nota, 4 estudos realizaram artroplastia total do quadril (ATQ) com esses dois tipos de superfícies de apoio nos mesmos pacientes (1 quadril com CoC e o outro quadril com CoP) e outros 4 tiveram tempo de acompanhamento maior que 10 anos. Foi observado que o ruído audível [razão de chances (OR) = 5,919; IC de 95%: 2,043, 17,146; p ? 0,001] e a fratura da prótese (OR = 35,768; IC de 95%: 8,957, 142,836; p = 0,001) foram significativamente maiores no grupo CoC. A função do quadril, a taxa de revisão, a taxa de luxação, a taxa de infecção profunda, a taxa de osteólise e a taxa de afrouxamento da prótese foram comparáveis ??entre esses dois grupos, enquanto a taxa de desgaste foi maior no grupo CoP. Um total de 8 ECRs relataram os eventos de fratura de prótese, durante os quais 28 de 1.188 quadris no grupo CoC foram positivos e nenhum caso no grupo CoP.

Os autores destacam 2 importantes limitações com o uso de CoC na ATQ: primeiramente, há um risco maior de fratura da prótese devido à fragilidade da cerâmica, sendo as fraturas mais comuns no revestimento do que na cabeça. Essas fraturas geralmente não estão associadas a traumas diretos, mas sim a desalinhamentos, danos na parte metálica traseira ou mau posicionamento do componente acetabular. Em segundo lugar, o mancal CoC pode gerar ruídos audíveis, como rangidos ou cliques, relatados em 14,6% dos casos, enquanto no CoP isso não ocorre. Esses ruídos geralmente diminuem, mas podem indicar fratura da cerâmica se persistirem acompanhados de dor.

Outro problema observado foi a luxação da articulação, sem diferenças significativas entre CoC e CoP, mas influenciada por fatores como o tamanho da cabeça femoral e o design do revestimento. Revestimentos protetores podem reduzir a taxa de luxação, mas afetam a amplitude de movimento. O mancal CoC tem opções limitadas de revestimentos restritos devido às propriedades da cerâmica, mas permite a escolha de cabeças maiores, o que reduz o risco de luxação. No entanto, cabeças maiores podem aumentar o desgaste e a necessidade de revisão ao longo do tempo, apesar de estudos de longo prazo serem escassos.

A CONITEC, por sua vez, avaliou o tema e publicou suas conclusões e recomendações sobre esse cenário no Relatório de Recomendação N° 426, de Fevereiro/2019 [4]. Naquele momento foi realizada revisão da literatura buscando evidências comparativas sobre próteses para artroplastia total de quadril primária, de acordo com o material de revestimento dos componentes: cerâmica-polietileno (componente cefálico ou cabeça em cerâmica associado a componente acetabular de polietileno), versus metal-polietileno (componente cefálico ou cabeça em metal associado a componente acetabular de polietileno). Não foram feitas especificações com relação ao tipo de polietileno utilizado nos inserts (cross-linked ou não). O objetivo principal da revisão foi tentar identificar se há benefícios clínicos significativos no emprego da prótese cerâmica-polietileno versus a prótese atualmente mais disponível no Sistema Único de Saúde (metal-polietileno), em particular no subgrupo de pacientes jovens, que estão sob maior risco de falha da prótese com necessidade de nova cirurgia de revisão. Foram então identificadas duas revisões sistemáticas com metanálise (uma delas metanálise em rede, incluindo comparação indireta entre diversas combinações de próteses) sobre o tema (descritas a seguir) e foi realizada busca específica de ensaios clínicos randomizados

individuais publicados após a data de atualização dessas revisões incluídas, não tendo resultado em novos registros elegíveis para consideração.
López-López e colaboradores [8] conduziram uma revisão sistemática e metanálise em rede para comparar a sobrevida de diferentes combinações de prótese para ATQ primária, a partir de dados de ensaios clínicos randomizados. Os desfechos primários foram a taxa de cirurgia de revisão em 0-2 anos e em 2-10 anos após a ATQ primária; desfechos secundários incluíram Harris Hip Score e outros escores de avaliação. As análises em rede foram realizadas utilizando abordagem Bayesiana e modelo de efeito fixo. Um total de 77 estudos foram incluídos na revisão sistemática, porém apenas 15 estudos (3.177 quadris) puderam entrar na análise principal. Não houve evidência de redução de risco de cirurgia de revisão por quaisquer combinações de implantes em comparação com a combinação usada como referência (metal-polietileno). A combinação de próteses de metal-metal de cabeça pequena com implantes cimentados pareceu aumentar o risco de necessidade de revisão em 0 a 2 anos, porém as estimativas apresentam intervalo de confiança amplo (taxa de risco 4,4; IC95% 1,6 a 16,6), o que aumenta o grau de incerteza. O mesmo ocorre com o uso de técnica de recapeamento (resurfacing) da cabeça de fêmur (taxa de risco 12,1; IC95% 2,1 a 120,3). Resultados semelhantes foram observados para o período de 2-10 anos. Para a análise do Harris Hip Score foram incluídos 31 estudos (2.888 pacientes), e nenhuma combinação de implante teve uma pontuação melhor do que a combinação de implante de referência (metal-polietileno).
Já a revisão publicada por Hexter e colaboradores [9] buscou avaliar o impacto de diferentes combinações de materiais em infecções periprotéticas. Um total de 17 estudos (11 ECRs e 6 estudos observacionais) foram analisados, e não foram identificadas diferenças significativas entre as taxas de infecções das combinações protéticas analisadas (incluindo metal-polietileno (MoP), cerâmica-polietileno (CoP)).
Assim, pode-se dizer que duas revisões sistemáticas falharam em identificar benefícios de próteses de quadril com componentes de cerâmica sobre a combinação metal-polietileno, seja em taxa de infecções, em escores de avaliação da doença ou em taxas de cirurgia de revisão.

Custo:

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Total
Artroplastia total de quadril	Honorários médico ortopedista	2	R$16.000,00	R$32.000,00
	Despesas hospitalares e material ortopédico	2	R$30.800,00	R$61.600,00
	Anestesista	2	R$4.800,00	R$9.600,00
Fisioterapia pós artroplastia	20 sessões	2	R$5.000,00	R$10.000,00
Valor total				R$113.200,00

*Orçamento anexado pela parte autora (Evento 1, ORÇAM17, Página 3; Evento 1, ORÇAM20, Página 1; Evento 1, ORÇAM24, Página 1;Evento 1, ORÇAM26, Páginas 1-2)
A tabela acima foi elaborada considerando o orçamento de menor valor informado pela parte autora para o procedimento cirúrgico de artroplastia total de quadril direito e esquerdo. Não

existe uma base oficial para consulta de valores de referência para a realização de procedimentos cirúrgicos como a artroplastia total de quadril.
O valor do procedimento de Artroplastia Total Primária do Quadril Não Cimentada / Híbrida que consta no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) é de R$5.914,23. Já o componente cefálico para artroplastia total do quadril que pode ser feito de materiais metálicos e/ou cerâmica, no SIGTAP é de R$860,08. Estes valores não representam os custos reais da realização do procedimento pelo prestador, mas indicam que há previsão do procedimento pelo sistema público.
Na avaliação da CONITEC [4] foi conduzida uma análise de custo-minimização acompanhada de uma análise de impacto orçamentário. O impacto anual da incorporação dessa combinação de materiais atingiria de R$649.310,81 em 2019, considerando que 15% das cirurgias realizadas no SUS em pacientes com menos de 55 anos empregassem as próteses cerâmica-polietileno, até R$2.927.541,78 em 2028, com 58,7% destas cirurgias adotando a referida prótese.
O National Institute for Health and Care Excellence (NICE) publicou, em 2015, uma revisão sistemática e avaliação econômica comparando diferentes tipos de material para próteses de ATQ e observou que, apesar da disponibilidade de grande volume de estudos, a maioria da literatura foi inconclusiva em razão de relatos de baixa qualidade, dados ausentes, resultados inconsistentes e incerteza nas estimativas de efeito do tratamento. Deste modo, concluiu pela ausência de evidência de benefício relativo de um tipo de prótese versus as demais, inclusive CoC. Com base na avaliação econômica conduzida e nas taxas de revisão obtidas em estudos locais, os autores concluíram que a prótese cerâmica-polietileno parece ser mais custo-efetiva, porém os benefícios em termos de QALY e custos foram bastante marginais. Os autores recomendam que, neste contexto, a escolha do tipo de prótese deve ser baseada na taxa de revisão esperada, custos locais e preferências do cirurgião e paciente [10,11].
A Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) publicou em 2013 um relatório de resposta rápida a respeito de diferentes componentes e materiais para ATQ, tendo concluído que não havia evidências suficientes para argumentar em favor de qualquer material, inclusive CoC, sendo necessários mais estudos para definir recomendações específicas em favor da adoção da cerâmica [12].
A recomendação final emitida pela CONITEC foi de incorporação da prótese cerâmica-polietileno para artroplastias totais de quadril primárias em pacientes jovens, pois entendeu que as próteses de cerâmica são tão efetivas e seguras quanto as constituídas por outros materiais já disponíveis no SUS, e que sua incorporação ampliaria a opção de materiais disponíveis para esse tipo de cirurgia. No entanto, a incorporação foi condicionada à equiparação de preços entre a prótese de cerâmica e as já incorporadas ao SUS, e assim foram mantidos os valores dos respectivos procedimentos vigentes na Tabela do SUS [4]. Esta recomendação foi atendida ao ter alteração a descrição de um código do SIGTAP (07.02.03.013-9 - componente cefálico para artroplastia total de quadril (inclui prótese), por orientação da Portaria nº 96 de 5 de fevereiro de 2020, com a inclusão da opção da prótese com a cabeça de cerâmica, além da de metal [13].

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: alívio da sintomatologia e ganho de funcionalidade sem diferenças significativas em comparação à prótese oferecida pelo SUS de metal-polietileno.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Recomendada

Conclusão

Tecnologia: 0408040092 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Trata-se de paciente com diagnóstico de coxartrose bilateral em decorrência de osteonecrose de quadris, pleiteando artroplastia total do quadril (ATQ) direito e esquerdo. O autor está regulado no SUS e aguardando na fila de espera para cirurgia de ATQ. Reconhecemos que a parte autora tem indicação de realização de cirurgia de artroplastia total de quadril bilateral com brevidade, visto prejuízo importante em mobilidade, o que pode ser classificado como uma prioridade clínico-funcional. No entanto, apesar da indicação de realização cirúrgica com brevidade, ainda trata-se de procedimento cirúrgico eletivo e disponível pelo SUS. Ou seja, não foram identificados elementos suficientes para indicar a necessidade de sua realização em caráter de urgência.
Sobre a especificidade das próteses cerâmica sobre cerâmica (CoC), estas são reconhecidas como comparáveis às de componentes cerâmica sobre polietileno (CoP). Não há comprovação na literatura da superioridade das próteses cerâmica sobre polietileno (CoP) em relação às de metal sobre polietileno (MoP) (comumente oferecida no SUS). Logo, faltam evidências de benefícios clinicamente relevantes para o uso de um material em detrimento de outro.
Cumpre destacar também que não foram identificados em processo dados clínico-funcionais que determinem a obrigatoriedade da realização dos procedimentos cirúrgicos em tempo único. Do ponto de vista técnico, não constam nos documentos médicos anexados ao processo impeditivos para a realização dos procedimentos cirúrgicos pleiteados sequencialmente.
Ademais, tendo em vista que não fora mencionado nos documentos anexados aos autos processuais, reforçamos a importância do autor ser encaminhado para acompanhamento com fisioterapeuta como medida adicional para manejo de quadro álgico e ganho de funcionalidade para as atividades de vida diárias, até ser chamado ao tratamento cirúrgico.
Importante destacar que qualquer decisão de adiantar o tratamento de um paciente implicaria em atrasar o tratamento dos demais pacientes da fila, e portanto, tal decisão exigiria conhecimento sobre todos os demais casos, sob risco de incorrer inadvertidamente em prejuízo aos demais pacientes e em quebra de equidade no uso do sistema de saúde. De fato, urgem medidas sistêmicas, em contrapartida da discussão de casos individuais, que assegurem a oferta regular de atendimentos e procedimentos para os pacientes em fila de espera, respeitando critérios de prioridade clínico-funcional.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas: 1. Doherty M, Abhishek A. Clinical manifestations and diagnosis of osteoarthritis - UpToDate [Internet]. 2025.
2. TelessaúdeRS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Protocolos de Encaminhamento para Ortopedia Adulto [Internet]. 2016. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Protocolo_Encaminhamento_ortopediaTSRS.pdf.
3. George G, Lane JM. Osteonecrosis of the Femoral Head. J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev. 2022 May 1;6(5):e21.00176. doi: 10.5435/JAAOSGlobal-D-21-00176. PMID: 35511598; PMCID: PMC9076447.

4. CONITEC. Relatório de Recomendação N° 426, Fevereiro/2019. Próteses de cerâmica-polietileno para artroplastia total de quadril em pacientes jovens. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2019/Relatorio_Protese_Ceramica_Inicial_Artroplastia_Quadril_Jovens_FINAL_426_2018.pdf.
5. Morris J, Twizeyemariya A, Grimmer K. What is the current evidence of the impact on quality of life whilst waiting for management/treatment of orthopaedic/musculoskeletal complaints? A systematic scoping review. Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. Setembro de 2018;27(9):2227–42.
6. OECD (2019). “Hip replacement waiting times, averages and selected trends, 2017”, in Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, [Internet]. Disponível em: https://doi.org/10.1787/5df449b8-en.
7. Shang X, Fang Y. Comparison of Ceramic-on-Ceramic vs. Ceramic-on-Polyethylene for Primary Total Hip Arthroplasty: A Meta-Analysis of 15 Randomized Trials. Front Surg. 2021 Dec 16;8:751121. doi: 10.3389/fsurg.2021.751121. Erratum in: Front Surg. 2022 Mar 14;9:876080. doi: 10.3389/fsurg.2022.876080. PMID: 34977138; PMCID: PMC8716688.
8. López-López JA, Humphriss RL, Beswick AD, Thom HHZ, Hunt LP, Burston A, et al. Choice of implant combinations in total hip replacement: systematic review and network meta-analysis. BMJ. British Medical Journal Publishing Group; 2017 Nov 2;359:j4651.
9. Hexter AT, Hislop SM, Blunn GW, Liddle AD. The effect of bearing surface on risk of periprosthetic joint infection in total hip arthroplasty. Bone Joint J. 2018 Feb;100–B(2):134–42.
10. Pulikottil-Jacob R, Connock M, Kandala N-B, Mistry H, Grove A, Freeman K, et al. Cost effectiveness of total hip arthroplasty in osteoarthritis. Bone Joint J. 2015 Apr 1;97–B(4):449–57.
11. Clarke A, Pulikottil-Jacob R, Grove A, Freeman K, Mistry H, Tsertsvadze A, et al. Total hip replacement and surface replacement for the treatment of pain and disability resulting from end-stage arthritis of the hip (review of technology appraisal guidance 2 and 44): systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess (Rockv). 2015 Jan;19(10):1–668.
12. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Components and Materials used for Total Hip Replacement: A Review of the Comparative Clinical Effectiveness. 2013. 24 p.
13. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 96, DE 5 DE FEVEREIRO DE 2020. Altera atributos de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2020/prt0096_11_02_2020.html.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme documentação médica anexada aos autos, a parte autora possui diagnóstico de coxartrose avançada bilateral, em decorrência de osteonecrose de cabeça femoral, apresentando dor crônica, limitação funcional e incapacidade (Evento 1, ATESTMED9, Página 3; Evento 1, ATESTMED10, Página 1). Consta em processo receituários de pregabalina (Evento 1, ATESTMED9, Páginas 1-2), no entanto, não há informações detalhadas nos documentos médicos acerca da abordagem terapêutica utilizada para a condição clínico-funcional da parte autora, como fisioterapia e outros medicamentos utilizados. O diagnóstico é corroborado por laudo de radiografia da bacia e de quadris, realizadas em 07/04/2025, que evidenciaram artrose coxofemoral bilateral, caracterizada por redução da interlinha articular, esclerose subcondral e osteófitos marginais, além de perda da esfericidade

da cabeça femoral bilateralmente (Evento 1, EXMMED12, Páginas 1-3). Cumpre destacar que as imagens dos exames não foram anexadas ao processo para avaliação complementar.
Como comorbidades relevantes, consta hérnia discal lombar (Evento 1, ATESTMED9, Página 3), com ressonância de coluna lombossacra, realizada em 14/02/2024, evidenciando discopatia degenerativa em L4-S1, protrusão discal posterolateral à esquerda em L4-L5 e hérnia com extrusão discal paramediana à esquerda e migrada caudalmente em L5-S1 (Evento 1, ATESTMED10, Página 2).
Em 18/03/2025, foi realizada solicitação por ortopedista do SUS de artroplastia total primária de quadril não cimentada/híbrida à esquerda, no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Pelotas (Evento 1, OUT14, Página 1). Em laudo médico de 08/04/2025, foi solicitado pela mesma equipe a utilização de prótese não cimentada cerâmica-polietileno crosslinked devido a idade do autor (37 anos) (Evento 1, LAUDO16, Página 1). Em documento datado de 29/08/2025, a secretaria estadual de saúde confirma que o autor encontra-se aguardando artroplastia total de quadril direito e esquerdo pelo SUS, aguardando na fila para procedimento cirúrgico eletivo (Evento 64, CERTNEG2, Página 1). Neste documento, não consta a posição atual do autor na fila de espera para o procedimento, bem como estimativa para este atendimento.
Cumpre destacar que entre os laudos médicos de ortopedistas da saúde suplementar há divergência quanto a realização da artroplastia de quadril em tempo único (Evento 1, ORÇAM19, Página 2) ou com intervalo de 45 dias entre os procedimentos (Evento 1, ORÇAM17, Página 2). No laudo do ortopedista que recomenda a realização das artroplastias em tempo único, é indicada ainda a utilização de sistema de autotransfusão para viabilizar o procedimento (Evento 1, ORÇAM19, Página 2).
O pleito da parte autora, motivo desta nota técnica, é de tutela de urgência para a realização dos procedimentos cirúrgicos de artroplastia total do quadril direito e esquerdo.
A osteoartrite, também nomeada de osteoartrose ou apenas artrose, é uma doença degenerativa articular que representa a via final comum das alterações bioquímicas, metabólicas e fisiológicas que ocorrem, de forma simultânea, na cartilagem hialina e no osso subcondral, comprometendo a articulação como um todo. Os principais fatores de risco são idade, obesidade, fatores genéticos, sexo feminino, deformidades anatômicas e lesão articular prévia. A apresentação e o curso clínico são variáveis, porém usualmente se apresentam com dor articular e limitação para execução de movimentos [1]. Utiliza-se o termo coxartrose para nomear um quadro de osteoartrose no quadril.
O tratamento inicial da osteoartrite envolve fisioterapia, buscando manutenção e ganho de funcionalidade (ganho de força, amplitude de movimento, equilíbrio), perda de peso (em caso de sobrepeso), medicações orais ou tópicas analgésicas e/ou anti-inflamatórias conforme a necessidade, além de medicações para dor crônica em algumas situações. Também sugere-se realização de exercícios regulares como caminhadas, bicicleta ergométrica ou natação. Quando as medidas anteriores realizadas de forma otimizada não forem resolutivas em relação à dor e movimentos após cerca de 6 meses pode-se considerar falha do tratamento conservador, podendo ser considerado o manejo cirúrgico [2].
Com relação à osteonecrose, esta é uma condição progressiva em que a falta de suprimento sanguíneo leva à morte celular, fratura e colapso da área afetada. A condição é frequentemente associada à cabeça femoral, onde a progressão pode ser debilitante e, em última análise, exigir artroplastia total do quadril (ATQ). A etiologia da osteonecrose é complexa com numerosos agentes contribuintes, principalmente trauma, uso de esteroides e álcool, mas por vezes pode ser idiopática. O tratamento da osteonecrose é controverso, com poucas pesquisas comparando os resultados de diferentes tratamentos e abordagens cirúrgicas [3].