

Tuberculose costal – a propósito de dois casos clínicos#

Rib tuberculosis, about two cases

Eva Lozano*, Augusto Ribeirinho*, Isabel Lavadinho**, João Lourenço***

Resumo

Os autores apresentam dois casos clínicos de tuberculose costal. Em ambos, os doentes eram do sexo masculino, sendo que, no decorrer da investigação, o primeiro dos doentes revelou elevado grau de imunodepressão. Apesar da clínica característica, com um quadro insidioso de febre associada a abscessos frios da parede costal, flutuantes, com tendência a fistulização e tendo ambos os doentes recebido ciclos de antibioterapia sem aparente resposta à mesma, o diagnóstico revelou-se difícil. No primeiro caso, só o elevado grau de suspeição e a decisão de iniciar terapêutica quádrupla antibacilar, com resolução total das queixas, conduziu ao diagnóstico. No segundo caso, apenas o exame realizado em meio de Löwenstein, com material obtido por punção, confirmou o diagnóstico. A tuberculose costal é uma patologia infecciosa rara e de difícil diagnóstico. O mesmo baseia-se no elevado grau de suspeição, na endemicidade da tuberculose e na existência de possíveis comorbilidades imunodepressoras.

Palavra chave: Tuberculose costal, abscessos frios, VIH, endemicidade.

Abstract

The authors present two clinical cases of rib tuberculosis. Both patients were males, and during the investigation, the first one revealed to have severe immunodepression. In spite of the clinical aspects, with insidious fever of unknown etiology and associated cold abscesses of the thoracic region, floating and tending to fistulation, and in spite of both patients having received antibiotics with no response, it was difficult to make a diagnosis. In the first case, only the high degree of suspicion and the decision of starting tuberculosis therapy leading to the resolution of the patient's complaints, allowed us to make the diagnosis. In the second case, the diagnosis was only confirmed with the study of the material obtained by aspiration, with Löwenstein method. The rib tuberculosis is a rare infectious disease with a difficult diagnosis, which is based on the high degree of suspicion, on tuberculosis endemicity and the existence of possible immunodepressor commorbidities.

Key words: Rib tuberculosis, cold abscesses, HIV, endemicity.

INTRODUÇÃO

Desde tempos antigos, a tuberculose tem sido um grave problema de saúde pública. No século XIX era responsável por uma de cada 10 mortes na Europa. O surgimento da era antibiótica conduziu a uma diminuição na sua prevalência. No entanto, nos últimos anos tem aumentado exponencialmente em virtude do aumento das migrações mundiais e da incidência de infecção por VIH.^{1,2} Pelos mesmos motivos, as apresentações atípicas têm-se tornado progressivamente mais frequentes.

A tuberculose músculo-esquelética representa entre 1-5% de todas as infecções por tuberculose. Das mesmas 50% envolvem a coluna vertebral e somente 0-5% se localizam a nível costal, representando 0,1% de todas as infecções por tuberculose, com localização única em 90-95% dos casos.³

Os autores apresentam dois casos de tuberculose costal: o primeiro num doente com co-infecção por VIH, sem evidência de afectação a outros níveis; o segundo, de um imunocompetente mas residente numa área endémica de tuberculose e com quadro clínico compatível com o diagnóstico.

APRESENTAÇÃO DO 1º CASO

Doente de 39 anos de idade, caucasiano, pintor da construção civil, com hábitos toxicofílicos endovenosos (consumo de heroína), cumprindo pena no Estabelecimento Prisional de Lisboa, que apresentou toracalgia à direita de características pleuríticas, sem febre, negando outras queixas, tendo na altura sido medicado empiricamente com claritromicina. Aproximi-

*Serviço de Medicina 3, Hospital Santo António dos Capuchos.

**Serviço de Medicina, Hospital Doutor José Maria Grande

***Serviço de Radiologia, Hospital Santo António dos Capuchos

#Trabalho apresentado no VIII Congresso Nacional de Radiologia

Recebido para publicação a 24.07.07

Aceite para publicação a 31.07.09

madamente 1 mês depois inicia queixas de tosse com expectoração mucosa escassa, febre, mantendo a toracalgia à direita. No exame objectivo era de realçar a existência de tumefacção na região anterior da parede torácica direita, com marcados sinais inflamatórios, com posterior fistulização à pele e saída de líquido purulento. Laboratorialmente, o único dado a realçar era a existência de discreta elevação da Proteína-C-Reactiva PCR (4,7mg/dl), não existindo alterações na radiografia de tórax. As serologias para Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e Vírus da Hepatite C (VHC) foram positivas. À data do diagnóstico o estado imunológico era o seguinte: 451 TCD4⁺/mm³, 1658 TCD8⁺/mm³ e carga viral de 162069 cópias/ml.

O exame bacteriológico do exsudado costal revelou-se negativo para bactérias potencialmente patogénicas. A pesquisa de BAAR na expectoração era negativa. Por suspeita clínica de osteomielite costal medicou-se com flucloxacilina. Foram ainda pedidos testes de Rosa de Bengala e de Wright que se revelaram negativos.

Embora melhorado, o doente referia persistência das queixas álgicas torácicas mantendo escassa drenagem do abscesso da parede torácica. Realizou-se tomografia computadorizada (TC) torácica e colheita de nova amostra de exsudado costal para pesquisa de BAAR e culturas em Löwenstein. A TC torácica foi compatível com osteomielite crónica de provável etiologia tuberculosa, sendo negativa a pesquisa de BAAR no exsudado costal. Perante a falta de resposta clínica, apesar da terapêutica antibiótica aparentemente adequada, decidiu-se iniciar terapêutica antibacilar atendendo aos aspectos tomodensitométricos sugestivos de tuberculose óssea. O estado imunológico do doente manteve-se estável ao longo de todo o processo.

Aos três meses de terapêutica antibacilar evidenciou-se franca melhoria clínica, com regressão das queixas álgicas. Após finalizar o tratamento, que cumpriu durante 12 meses, realizou-se TC torácica de controlo que revelou lesão abcedada peri-lesional com componente intra e extra torácica, com trajecto fistuloso à pele (Fig. 1), pelo que introduziu-se novamente terapêutica antibacilar tendo sido referenciado à consulta de Cirurgia Cardio-torácica, na qual foi proposta excisão dos trajectos fistulosos e dos segmentos costais afectados.

Concomitantemente, o estado imunológico do doente agravou-se (TCD4⁺: 205 cels/mm³; carga viral: 430 585 cópias/ml) tendo sido necessário iniciar



FIG. 1

terapêutica antiretroviral (TARV) com Zidovudina + Lamivudina e Efavirenz.

Após 18 meses de terapêutica antibacilar associada a TARV observou-se regressão total da lesão abcedada com resolução clínica e radiológica, não existindo já indicação cirúrgica.

APRESENTAÇÃO DO 2º CASO:

Doente de 53 anos de idade, de origem indiana, residente em Lisboa há 17 anos, proveniente de Moçambique, internado por síndrome febril e abscesso da parede torácica.

Dois meses antes do internamento surgem astenia, anorexia, febre vespertina, sudorese nocturna e dor na região dorso-axilar esquerda, sem relação com os movimentos respiratórios nem com a mobilização escapulo-umeral. Sem irradiação nem posição anti-álgica.

Posteriormente, nota tumefacção dolorosa nos tegumentos que cobrem a omoplata esquerda progredindo até a região axilar anterior, de contornos sinuosos, mole, com áreas de flutuação, moderadamente dolorosa à palpação e sem alterações da pele, sendo medicado com antibióticos cujo nome não sabia especificar, mas sem qualquer efeito.

Laboratorialmente havia apenas a salientar discreta anemia (Hb: 11.8 g/dl); contagem e fórmula leucocitária dentro do normal com VS: 110mm/1ª hora. O screening para o VIH foi negativo.

A radiografia de tórax revelou opacidade homogénea parietal esquerda, na junção dos terços superior



Opacidade homogénea parietal esquerda de contornos regulares, na junção dos terços superior e médio.

FIG. 2

e médio, de contorno arredondado e regular (Fig. 2). Verificava-se ainda descontinuidade do 5º arco costal junto da opacificação. A incidência oblíqua anterior esquerda (OAE) mostrou perda de substância óssea em imagem pseudo-quística e desalinhamento da porção distal da costela (Fig. 3).

A TC do tórax revelou tratar-se de colecção abcedada, circunscrita e com envolvimento pleural. A lesão osteolítica adjacente, aparentemente única, situava-se na junção do terço posterior com o terço lateral do arco costal (Fig. 4)

Por punção obteve-se material purulento acastanhado cujo exame directo, nomeadamente com coloração Ziehl-Nielsen, foi negativo mas que em meio de Lowenstein veio demonstrar o crescimento de *Mycobacterium tuberculosis*.

Iniciou terapêutica antibacilar com melhoria progressiva do seu estado geral e regressão radiológica ao fim de poucos meses.

DISCUSSÃO

A tuberculose é a causa mais frequente de lesões costais inflamatórias depois das metastáticas e a segunda de etiologia infecciosa.^{3,4} É mais frequente em indivíduos do sexo masculino, afectando principalmente a faixa etária entre os 15 e 30 anos possivelmente por influência do grupo de consumidores de drogas en-



Incidência OAE; imagem pseudo-quística e desalinhamento da porção distal da costela.

FIG. 3

dovenosas e infecção por VIH, que constituem dois importantes factores de risco.²

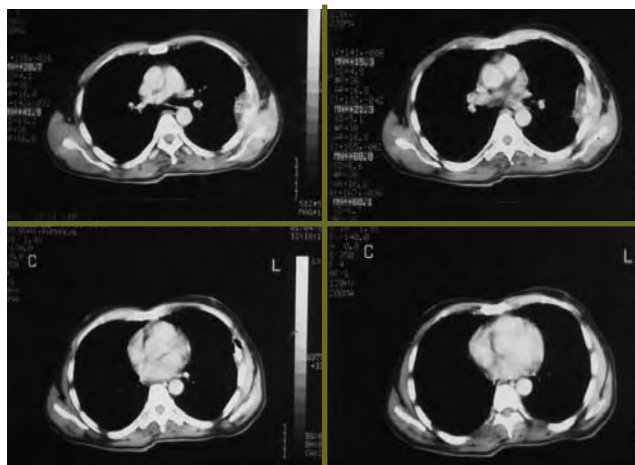
A tuberculose costal normalmente apresenta-se com destruição da costela e massa a nível da parede torácica.

Devemos distinguir entre osteocondrite tuberculosa, que envolve os cartilagens costais, e osteomielite tuberculosa que envolve a matriz óssea. A primeira é mais comum e pode resultar na formação de abscessos.⁵

A incidência da tuberculose costal descrita em alguns estudos, revelou-se inferior a 0.1% de todas as admissões hospitalares devidas a tuberculose.

Entre os 50-75% de todos os casos de tuberculose osteoarticular estão associados a um foco primário pulmonar, sendo mais frequente a disseminação hematogénea.^{1,5}

A clínica costuma ser insidiosa especialmente nos doentes com VIH, com duração variável entre 2 e 36



Colecção abcedada com envolvimento pleural e lesão osteolítica adjacente, na junção do terço posterior com o terço lateral do arco costal.

FIG. 4

meses, cursando com dor associada ou não a massa dolorosa a nível da parede costal (sólida ou quística), que responde mal aos anti-inflamatórios e antibióticos de amplo espectro.^{6,7,8}

As manifestações radiológicas são predominantemente osteolíticas, podendo existir áreas de esclerose, embora a radiografia de tórax seja pouco sensível na detecção precoce.⁹

Na TC torácica visualizam-se lesões bem definidas (zona central hipodensa com hiper-captação periférica que aumenta com tecnécio 99) que se denominam abscessos frios e simulam afectação da parede torácica por actinomicose.^{10,11}

O diagnóstico é difícil, sendo necessário muitas vezes a punção aspirativa com agulha fina (PAAF), biópsia por toracotomia ou mediastinoscopia.

O tratamento médico é coincidente com o da tuberculose pulmonar, embora na maioria dos casos muito mais alargado no tempo.²

O papel da abordagem cirúrgica na tuberculose músculo-esquelética é controverso, sendo no entanto indispensável quando não há resposta aos tuberculostáticos.^{6,12,13}

A suspeita diagnóstica é essencial para a confirmação da tuberculose costal.

Deveremos considerar esta hipótese em todos os doentes procedentes de uma área endémica, com ou sem história prévia de tuberculose, que tenha uma lesão costal destrutiva, especialmente quando asso-

ciada a um abscesso da parede costal.

A chave diagnóstica consiste em desafiar a nossa mente considerando manifestações tuberculosas nas localizações mais invulgares. ■

Bibliografia

1. A. Kaya, Z. Topu, S. Fitoz, N. Numanoglu. Pulmonary tuberculosis with multifocal skeletal involvement. *Monaldi Arch Chest Dis* 2004; 61:2, 133-135.
2. Bravo Blanco, A. M^a, Zazalejos Andes, J. M^a, Pazos Anon, R. et al. Tuberculosis costal en paciente VIH: Presentación clínica y revisión. *An. Med. Interna (Madrid)* 2003;20(5):64-64. ISSN 0212-7199.
3. Ma thlouthi A, Ben M Rad S, merai S, Friaa T, Mestiri I, bem Miled K, Djennayah F. Tuberculosis of the thoracic wall. Presentation of 4 personal cases and review of the literature. *Rev Pneumol Clin* 1998; 54 (4): 182-186.
4. Hirstch R, Miller SM, Kazi S, Cate TR, Reveille JD. HIV-Associated atypical mycobacterial skeletal infections. *Semin Arthritis Rheum* 1996; 26 (nº1): 504.
5. Chang JH, Kim SK, Chung KY, Shin DH, Joo Sh, Choe KO. Tuberculosis of the ribs: a recurrent attack of rib caries. *Yonsei medical Journal* 1992; 33(4):374-378.
6. Inchaurrega I, herrejón A, Plaza P, Blaquer R. tuberculosis miliar, ganglionar, pancreática y costal. Presentación clínica y revisión bibliografía. *An Med Interna(Madrid)* 2001; 18 (9): 483-485.
7. Belzunegui J, González C, López L, Plazaola I, Maiz O, Figueroa M. Osteoarticular and muscle infectious lesions in patients with the VIH. *Clin Rheumatol* 1997; 16 (5): 450-453.
8. Vassilopoulos D, Chalasani P, Jurado RL, Workowski K. and Agudelo CA. Musculoskeletal infections in patients with HIV infection. *Medicine (Baltimore)* 1997; 74 (4): 284-294.
9. Change DS, Rafii M, Mc Guinness G and Jagirdar JS. Primary multifocal tuberculous osteomyelitis with involvement of the ribs. *Skeletal Radiol* 1998; 27 (11): 641-645.
10. Bredan D Adler, Simon P G Padley and Nestor L Müller. Tuberculosis of the Chest Wall: CT Findings. *Journal of Computer Assisted Tomography* 1993;17 (2):271-273.
11. Khalil A, Lee Breton C, Tassart M, Korzec J, Bigot JM, Carette MF. Utility of CT scan for the diagnosis of the chest wall tuberculosis. *Eur Radiol* 1999; 9: 1638-1642.
12. Sakuraba M, Saraga Y, komatsu H. Surgical treatment of tuberculous abscess in the chest wall. *Ann Thorac Surg* 2005;79:964-967.
13. Pail HC, Chung KY, Kang JH, Maeng DH. Surgical treatment of tuberculous cold abscess of the chest wall. *Yonsei Med J* 2002: 309-314.