

## Tuberculose óssea

### O ressurgir das velhas formas de apresentação

#### Bone tuberculosis

*The recurrence of the «old» clinical manifestations*

*Teresa Martins\**, *Simão Miranda\**, *Catarina Salgado\**, *M. João Alberto\*\**, *Fernanda Correia\*\**, *Pires Gonçalves\*\*\**, *Rui Proença\*\*\*\**

#### Resumo

*Os autores apresentam 5 casos de tuberculose óssea e articular recentemente observados no seu Serviço: uma espondilodiscite, uma osteocondrite, uma sinovite do joelho, uma sacroileíte com espondilodiscite e uma artrite coxo-femural com fistulização pélvica. Todos os doentes apresentaram testes negativos para o HIV1 e HIV2.*

*Palavras chave: tuberculose osteoarticular, espondilodiscite, osteocondrite, sinovite, sacroileíte, artrite coxo-femural.*

#### Abstract

*The authors present 5 cases of bone and joint tuberculosis, recently observed in their Hospital: one case of spondylodiscitis, another of osteocondritis, another of synovitis of the knee, another of sacro-ileitis with spondylodiscitis, and another of arthritis of the hip fistulating into the pelvic cavity. All these patients were negative to HIV1 and HIV2.*

*Key words: bone and joint tuberculosis, spondylodiscitis, osteocondritis, synovitis, sacroileitis, arthritis of the hip.*

#### Introdução

Em todo o mundo, a incidência da tuberculose tem aumentado nos últimos anos, em parte como resultado da progressão da pandemia de SIDA<sup>1</sup>.

A ocorrência crescente de formas de doença multi-resistente faz com que a tuberculose seja hoje encarada de forma preocupante, pelo que já é considerada por alguns o 2.º flagelo do ponto de vista de Saúde Pública<sup>2</sup>.

Embora primariamente considerada uma doença pulmonar, a tuberculose pode atingir quase todos os órgãos

sistémicos por disseminação linfo-hematogénia, durante a infecção pulmonar inicial<sup>3,4</sup>.

As manifestações clínicas na tuberculose osteo-articular são, na maioria das vezes, inespecíficas e insidiosas<sup>4</sup>.

A incidência desta forma de doença declinou significativamente com o advento da terapêutica médica antibiótica<sup>5</sup>.

O ressurgimento da tuberculose óssea e articular nos nossos dias está associado a mudanças dramáticas na sua epidemiologia e manifestações clínicas<sup>6</sup>.

**Caso 1** : J.A., sexo feminino, 57 anos, caucasiana, trabalhadora rural.

A doente referia dor ao nível da charneira lombo-sagrada esquerda com evolução de cerca de 1 ano e agravamento no último mês. Referia ainda febre, sintomatologia constitucional e perda de peso de cerca de 10 kg. Ao exame objectivo, constatava-se uma atitude escoliótica com dor limitativa da coluna dorso-lombar objectivamente localizável.

Nos exames complementares: hemograma normal; VS 50 mm na 1ª hora, VDRL - neg, hemoculturas-neg, pesquisa de BK (urina e expectoração) neg, HIV1 e HIV2 - neg. O Rx do tórax e das sacroilíacas era normal. O Rx da coluna lombo-sagrada apresentava uma escoliose direita com alongamento da sombra do psoas esquerdo e estreitamento do 3º, 4º e 5º discos, sobretudo na vertente esquerda. A doente realizou ainda uma TAC lombar e RMN lombar que mostraram uma espondilodiscite L4-L5 com destruição do disco, mostrando igualmente um abscesso epidural que comprimia o saco tecal e as raízes da cauda de cavalo. Havia ainda infiltração do psoas esquerdo (**Fig.1**).

A doente foi submetida a cirurgia ortopédica para fixação posterior de L2 a L5. Fez terapêutica com isoniazida (300mg/dia), rifampicina (600 mg/dia), pirazinamida (1500 mg/dia) e etambutol (1200 mg/dia) durante 2 meses, mantendo nos 4 meses seguintes isoniazida, etambutol e rifampicina nas doses descritas. A partir dos 4 meses e até ao ano de tratamento, fez isoniazida e rifampicina nas mesmas doses, com total desaparecimento da dor e da sintomatologia constitucional.

Do ponto de vista imagiológico, houve desaparecimento do abscesso epidural e da infiltração do psoas.

**Caso 2**: M.C., sexo feminino, 70 anos, caucasiana, reformada.

Referia sintomatologia constitucional com perda de peso de cerca de 20 kg e tumefacção supra-clavicular esquerda supurada com evolução de 1 ano; no último mês, referia dor pleurítica à direita e aparecimento de massa para-esternal direita com cerca de 10 cm de diâmetro, indolor.

Do ponto de vista objectivo, a doente encontrava-se

\* Internos do Internato Complementar de Medicina Interna

\*\* Assistentes Hospitalares de Medicina Interna

\*\*\* Assistente Hospitalar de Medicina Interna, com grau de Chefe de Serviço

\*\*\*\* Director do Serviço de Medicina I do Hospital de Curry Cabral, Lisboa

Recebido para publicação em 20.04.1995

pálida, emagrecida, com lesão cicatricial supra-clavicular direita. Apresentava ainda uma massa para-esternal direita com cerca de 10 cm de diâmetro, indolor, com flutuação, e aderente à parede torácica.

Analiticamente: GV 3.220.000/mm<sup>3</sup>, Hb 7,9g, Ht 26 %, Vgm 81m, VS 114mm na 1ª hora, HIV1 e HIV2 negativos.

Realizou-se uma punção biópsia da massa para-esternal, tendo-se isolado *Mycobacterium tuberculosis*. As pesquisas de BK na expectoração (exame directo e cultural) foram negativas. O Rx do tórax apresentou apenas imagens residuais do processo específico. Na ecografia das partes moles do tórax, visualizou-se uma extensa colecção líquida, estendendo-se quer superficialmente, quer em profundidade à 3ª cartilagem costal e 2º e 3º espaço intercostal (5,9 x 5,5 x 1,7).

A doente iniciou terapêutica com isoniazida (300mg/dia), rifampicina (600 mg/dia), pirazinamida (1500mg/dia) e etambutol (1200mg /dia) durante os dois primeiros meses, seguida de isoniazida e rifampicina até perfazer um ano, nas mesmas doses. Houve uma melhoria clínica

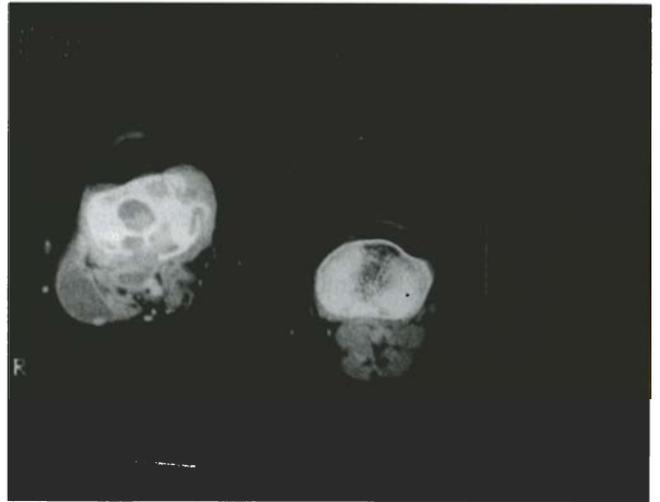
Figura 1



Figura 2



Figura 3



e as TAC de controlo sucessivos acabaram por mostrar desaparecimento dos múltiplos abscessos.

A TAC torácica mostrou múltiplas colecções líquidas, uma delas com ar, em topografia para-esternal direita (Fig. 2).

**Caso 3 :** E.C., sexo feminino, 55 anos, caucasiana, doméstica.

A doente referia dor ao nível do joelho direito, com edema e impotência funcional progressiva desde há dez meses. Negava febre ou outras queixas. Do ponto de vista objectivo, apresentava edema acentuado do joelho direito, com limitação para todos os movimentos da articulação.

Analiticamente, o hemograma era normal, a VS 50 mm na 1ª hora e HIV1 e HIV2 negativos. O Rx do joelho direito apresentava destruição da cartilagem e do osso subcondral e uma lesão quística com halo de esclerose. A TAC do joelho apresentava lesão lítica da epífise do fêmur e a presença de abscesso ossifluente para os planos musculares (Fig.3). Foi realizada biópsia da sinovial que revelou sinovite crónica granulomatosa com extensa necrose caseosa e inúmeros granulomas epitelióides com células gigantes tipo Langhans.

O Rx do tórax não mostrava alterações e a pesquisa de BK na expectoração foi negativa; isolou-se *Mycobacterium tuberculosis* na urina. A doente realizou ainda uma urografia de eliminação que revelou atraso na excreção e secreção à direita, ligeira ectasia calicial e estreitamento uretero-vesical.

Foi medicada com isoniazida (300 mg/dia), rifampicina (600 mg/dia), pirazinamida (1500 mg/dia) e etambutol (1200 mg/dia) durante dois meses, seguidos de isoniazida e rifampicina até perfazer 1 ano, nas mesmas doses.

Como sequela do processo, resultou artrose importante da articulação do joelho, estando programada a artroplastia.

**Caso 4:** P.S., sexo masculino, 17 anos, raça negra, estudante.

Tratava-se de um doente toxicodependente por drogas endovenosas, que referia coxalgia direita pós-traumatismo, com evolução de oito meses. Nas últimas semanas antes do internamento, referia agravamento das queixas com ciatalgia direita, febre cerca de 38°C, vespertina, sudorese nocturna e perda de peso (6kg).

Do ponto de vista objectivo, apresentava dor coxo-femural direita com os movimentos de abdução e rotação externa, com Laségue positivo aos 35°.

Analicamente, o hemograma era normal; VS 91 mm na 1ª hora, hemoculturas negativas, HIV1 e HIV2 negativos, AgP24 negativo. O Rx do tórax não apresentava alterações. A TAC da coluna lombar e bacia mostrava uma sacro-ileíte direita e abscessos ossifluentes de provável etiologia tuberculosa (**Fig.4**), lesão lítica de L4 e espondilodiscite de L3.

A biopsia óssea do corpo de L4 foi negativa. O doente foi medicado com isoniazida (300 mg/dia), rifampicina (600 mg/dia), pirazinamida (1500mg/dia) e etambutol (1200 mg/dia) durante três meses, a que se seguiu isoniazida e rifampicina até perfazer 1 ano, nas mesmas doses, havendo desaparecimento das queixas. Do ponto de vista imagiológico, verificou-se melhoria progressiva.

**Caso 5:** V.F., sexo masculino, 26 anos, caucasiano, desempregado.

Tratava-se de um doente toxicodependente por drogas EV, que referia coxalgia esquerda com impotência funcional progressiva nos últimos seis meses, sintomatologia constitucional com emagrecimento de cerca de 8 kg. Nas últimas semanas, referia tumefacção da região glútea esquerda, dolorosa e supurada.

Do ponto de vista objectivo, apresentava abscesso supurado da região glútea esquerda e amplitude diminuída de todos os movimentos da articulação coxo-femural.

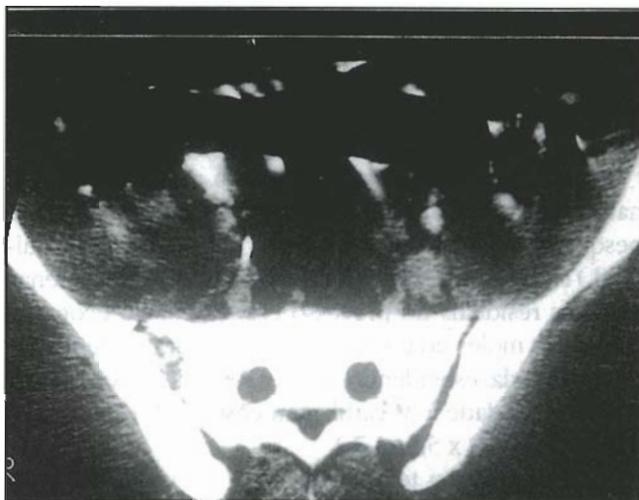
Analicamente, o hemograma era normal, VS 80 mm na 1ª hora, hemoculturas negativas, HIV1 e HIV2 negativos. A pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* no pús do abscesso foi positiva.

A TAC abdomino-pélvica mostrou colecção líquida envolvente dos músculos glúteos, obturadores, psoas-íliaco e piriforme esquerdos, comunicando livremente com a cavidade articular coxo-femural e estendendo-se pelo muro posterior do acetábulo, à cavidade pélvica, moldando a parede do recto e bexiga.

Conclusão: artrite da coxo-femural esquerda fistulizada à região pélvica (**Fig 5**).

O doente foi medicado com isoniazida (300 mg/dia), rifampicina (600 mg/dia), pirazinamida (1500 mg/dia), etambutol (1200 mg/dia) e ciprofloxacina (1.5 g/dia) durante dois meses, seguidos de isoniazida e rifampicina nas mesmas doses até aos 18 meses. As TAC de controle

**Figura 4**



**Figura 5**



mostraram melhoria progressiva com desaparecimento da colecção líquida.

### Comentários

Em todos os cinco doentes, o processo de progressão da doença foi lento. No momento do internamento, apresentavam evolução da doença superior ou igual a 6 meses, até 1 ano.

Embora várias situações clínicas pudessem ser consideradas no diagnóstico diferencial, o diagnóstico final foi fundamentado nos resultados de cultura positiva ou achado histológico do bacilo, em três doentes.

Nos restantes dois (caso 1 e caso 4), os achados imagiológicos eram, à partida, altamente sugestivos. A exclusão de outras entidades e a resposta favorável à terapêutica antibacilar acabaram por ser elementos decisivos para o diagnóstico. Em nenhum doente foi isolado *Mycobacterium tuberculosis* na expectoração. Houve um doente (caso 3) em que, para além do achado histológico do bacilo, se isolou o agente na urina. A urografia de elimi-

nação efectuada mostrou igualmente atingimento do aparelho urinário.

Todos os doentes iniciaram terapêutica com pelo menos quatro antibacilares nas doses habituais <sup>6</sup>.

No caso 5, foi ponderada intervenção para drenagem do abscesso <sup>6</sup>, mas a resposta rápida à terapêutica instituída e controlo de evolução com TAC mensal mostrou ser a cirurgia desnecessária.

Apesar de o tratamento se ter estendido por 1 ano em quatro doentes e 18 meses no caso 5, nenhum doente apresentou qualquer toxicidade ou complicação derivada da terapêutica.

Embora os regimes terapêuticos para tratamento da tuberculose pulmonar sejam, hoje em dia, mais ou menos consensuais, nos casos de tuberculose osteo-articular, meníngea ou miliar os regimes tendem a ser mais prolongados, sendo a duração determinada caso a caso<sup>6</sup>.

## Bibliografia

1. Haas D. Tuberculosis and acquired immuno-deficiency syndrome: a historical perspective or recent developments. *Am J Med* 1994;96 (5): 439-450
2. Gittler J. Controlling resurgent Tuberculosis: public health agencies, public policy and law. *J Health -Polit - Policy - Law* 1994; 19 (1): 107-147
3. Elder N. Extrapulmonar tuberculosis. A Review. *Arch Fam Med* 1992; 1: 91-98
4. Sanchis-Olmos V. Skeletal Tuberculosis. *Baltimore* 1948: 17-46
5. Grosskopf I, Ben-David A, Charach G. Bone and joint Tuberculosis. *Isr J Med Sci* 1994; 30: 278-283
6. Barnes P, Barrows S. Tuberculosis in the 1990s. *Ann Intern Med* 1993; 119: 400-410