

ESPONDILODISCITE INFECCIOSA: O ESTUDO DE QUARENTA E UM CASOS

Joana Capelo,* Adelino Carragoso,* Chantal Albuquerque,**
Maria Luísa Mocho,*** Nuno Canto-Moreira****

Resumo

Objectivos: Caracterizar uma série de doentes com Espondilodiscite Infecciosa (EI).

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos casos diagnosticados de Outubro de 1999 a Abril de 2006 no nosso hospital, por consulta dos processos clínicos.

Resultados: Quarenta e um doentes, com idade de $61,2 \pm 15,1$ anos; 26 (63,4%) eram homens. Trinta e dois (78,0%) apresentavam factores predisponentes ou doenças associadas e 12 (29,3%) risco epidemiológico. A clínica mais frequente foi dor local (97,6%) seguida dos sintomas constitucionais (51,2%), com duração média de 12,5 semanas. A velocidade de sedimentação foi o marcador inflamatório mais frequentemente aumentado (87,5%). A Tomografia Computorizada (TAC) foi diagnóstica em 3 casos e a Ressonância Magnética nos restantes. A EI foi mais frequente na coluna lombar. Em 22 doentes (53,7%) houve isolamento do agente etiológico e em 4 (9,8%) o diagnóstico foi serológico. Foi admitido o diagnóstico de Espondilodiscite Piogénica (EP) em 21 (51,2%) casos, de Espondilodiscite Granulomatosa (EG) em 18 (43,9%) e de EG com sobreinfecção piogénica em 2 (4,9%). Catorze doentes apresentavam outras focalizações de infecção. Todos cumpriram antibioterapia. Dois doentes fizeram drenagem de abscessos guiada por TAC e 5 necessitaram de cirurgia. Vinte e seis doentes (63,4%) tiveram boa evolução e 8 (19,5%) razoável; 6 tiveram má evolução (14,6%), tendo falecido; um doente perdeu-se para seguimento. Houve diminuição dos parâmetros analíticos de inflamação no controlo.

Conclusões: A EI constitui um desafio diagnóstico

e terapêutico, sendo o alerta para esta patologia nos doentes de risco essencial para a detecção e o tratamento precoces.

Palavras-Chave: Espondilodiscite; Doenças Ósseas Infecciosas; Tuberculose Vertebral; Brucelose

Abstract

Objectives: To characterize a series of patients with Infectious Spondylodiscitis (IS).

Material and Methods: Retrospective analysis of all cases diagnosed between October of 1999 and April of 2006 in our hospital, by files review.

Results: Forty one patients, mean age of 61.2 ± 15.1 years; 26 (63.4%) were male. Thirty two (78.0%) had predisposing conditions or associated diseases and 12 (29.3%) had epidemiological risk. The most frequent clinical manifestations were local pain (97.6%) and general complaints (51.2%). The mean duration of the symptoms was 12.5 weeks. Raised erythrocyte sedimentation rate was the most frequent inflammatory marker. CT-scan was diagnostic in 3 cases and MRI in the remainders. IS was most frequent in the lumbar spine. The etiological agent was isolated in 22 patients (53.7 %) and in 4 (9.8%) the diagnosis was serological. The diagnosis of Pyogenic Spondylodiscitis (PS) was presumed in 21 (51.2%) cases, Granulomatous Spondylodiscitis (GS) in 18 (43.9%) and GS with pyogenic over infection in 2 (4.9%). Fourteen patients had other infectious foci. All patients had antibiotic treatment. Two patients needed abscess CT-scan guided drainage and five needed surgery. Twenty six patients (63.4%) had good evolution and 8 (19.5%) had reasonable evolution; 6 patients had bad evolution (14.6%), dying; one patient was lost for follow-up. Inflammatory markers decreased in the control analysis.

Conclusions: The IS is a diagnostic and therapeutic challenge, being the high index of suspicion of this

*Serviço de Medicina Interna, Hospital de São Teotónio, EPE, Viseu

**Serviço de Imagiologia, Hospital de São Teotónio, EPE, Viseu

***Valência de Infecciologia, Hospital de São Teotónio, EPE, Viseu

****Unidade de Neurorradiologia, Hospital de São Teotónio, EPE, Viseu

pathology in the most susceptible patients fundamental for early detection and adequate treatment.

Keywords: Spondylodiscitis; Infectious Bone Diseases; Spinal Tuberculosis; Brucellosis.

Introdução

Chama-se Espondilodiscite Infecciosa (EI) ao processo infeccioso que envolve um ou mais discos intervertebrais e os corpos das vértebras adjacentes.^{1,2} Há diversas formas de classificação, sendo frequentemente utilizada a resposta histológica do hospedeiro ao agente infeccioso: Espondilodiscite Piógena (EP), a causada pela maioria das bactérias, e Espondilodiscite Granulomatosa (EG), determinada por micobactérias, *Brucella*, espiroquetas ou fungos.¹

Trata-se de uma focalização de infecção pouco habitual, representando 2 a 4 % das osteomielites.^{2,3,4} Frequentemente cursa com clínica inespecífica^{1,4,5} (com dor muitas vezes de características mecânicas, frequentemente sem febre associada), evoluindo de forma insidiosa ao longo de semanas ou meses, podendo demorar até anos (nas EG) desde o início das queixas até ao diagnóstico.^{1,5,6} Por vezes, quando este é considerado, existe já significativo compromisso neurológico.⁷

Nas últimas décadas o número de casos diagnosticados tem vindo a aumentar, sobretudo à custa das EP.² Isto deve-se, em parte, à melhoria da capacidade de diagnóstico imagiológico (com o advento da Ressonância Magnética Nuclear) e ao aumento da população com factores predisponentes para EI (maior número de idosos, mais doentes a fazer terapêutica imunossupressora, transplantados ou com doenças crónicas, toxicodependentes), mas também à vulgarização de procedimentos médicos diagnósticos e terapêuticos invasivos.^{1,2,6}

É de salientar que em Portugal ainda são endémicas a Tuberculose e a Brucelose,^{8,9,10} duas patologias que podem cursar com envolvimento da coluna vertebral, nomeadamente sob a forma de Espondilodiscite.^{10,11}

Objectivos

Fazer a análise retrospectiva de uma série de casos de EI diagnosticados no nosso hospital, tendo em

especial atenção os parâmetros: sexo, idade, factores predisponentes e doenças associadas, manifestações clínicas, tempo de evolução dos sintomas, alterações laboratoriais, agente etiológico isolado, produto biológico em que foi feito o isolamento, exames imagiológicos diagnósticos, localização da lesão por imagem, outras focalizações da infecção, tratamento efectuado e evolução.

Material e Métodos

Foram incluídos todos os doentes com diagnóstico de EI feito de Outubro de 1999 a Abril de 2006, com clínica sugestiva (dor em segmento de coluna, de características mecânicas ou inflamatórias e/ou défice neurológico de novo resultante de compressão radicular ou medular, com ou sem febre), associada a estudo imagiológico por Tomografia Axial Computorizada (TAC) e/ou Ressonância Magnética Nuclear (RMN) do segmento da coluna envolvido, muito sugestivo de Espondilodiscite. Foram consultados os processos clínicos hospitalares dos doentes incluídos e avaliados os parâmetros acima descritos.

Resultados

Dados demográficos

Foram incluídos 41 doentes. Vinte e seis (63,4%) eram do sexo masculino e 15 (36,6%) eram do sexo feminino. A idade média foi de 61,2 anos (com desvio padrão de 15,1 anos); o doente mais jovem tinha 13 anos e o mais idoso contava 88 anos.

Factores Predisponentes e Doenças Associadas

Foram identificados factores predisponentes e doenças associadas em 32 doentes (78,0%) (Quadro I), salientando-se os doentes insuficientes renais crónicos (10 casos) dos quais oito estavam em terapêutica dialítica substitutiva (hemodiálise).

Contexto Epidemiológico

Identificaram-se 12 doentes (29,3%) com contexto epidemiológico relevante. Dez indivíduos apresentavam risco profissional para Brucelose: 8 eram pastores de gado ovino e/ou caprino; um trabalhava em matadouro e outro trabalhava em laboratório de Microbiologia. Um doente consumia laticínios de ovelha não pasteurizados e outro tinha um familiar com tuberculose.

Quadro I. Factores Predisponentes e Doenças Associadas

Factor Predisponente/ Doença associada	Nº de doentes
Insuficiência Renal Crónica	10
Hemodiálise	8
Cateter venoso central [†]	7
Alcoolismo crónico	6
Infecção recente	6
Diabetes Mellitus	5
Neoplasia	5
Doença autoimune a fazer imunossupressão	3
Corticoterapia crónica	3
Cirurgia de coluna recente	3
Outra instrumentação/cirurgia recente	3
Tuberculose prévia	2
Brucelose prévia	2
Toxicodependência intravenosa	1

[†]Para hemodiálise (por falência de fistula artério-venosa ou para diálise urgente).

Manifestações Clínicas

As manifestações clínicas foram as apresentadas no Quadro II, sendo as mais frequentes a dor na coluna (97,6% dos doentes), os sintomas constitucionais (51,2%) e a febre (43,9%). Em 35 doentes foi apurado o tempo decorrido desde o início das queixas, em média 12,5 semanas (2 dias a 1,5 anos).

Alterações analíticas iniciais

Os parâmetros avaliados foram a velocidade de sedimentação eritrocitária na primeira hora (VS), que estava aumentada [VS > (idade/2) (+10 se mulher)] em 28 (87,5%) dos 32 doentes em que foi determinada (VS média 73 mm/H); a Proteína C reactiva (PCR), que foi positiva (> 0,5 mg/dL) em 33 (86,8%) dos 38 doentes em que se determinou este parâmetro (PCR média 11,6 mg/dL). Havia leucocitose (leucócitos > 11x10⁹/L) em 11 doentes (26,8%). Na nossa amostra não houve qualquer caso cursando com leucopenia.

Estudo Imagiológico

Vinte e um (51,2%) doentes fizeram TAC, cuja imagem foi diagnóstica em 3 casos. Nos restantes 38 doentes o diagnóstico foi feito por RMN. Os segmentos da coluna mais frequentemente envolvidos foram o lombar e lombossagrado (Quadro III), representando 65,8% das localizações.

Quadro II. Manifestações Clínicas

Manifestações clínicas	Nº de doentes (%)
Dor na coluna	40 (97,6)
Sintomas constitucionais [†]	21 (51,2)
Febre	18 (43,9)
Déficite neurológico de novo	13 (31,7)
Sudorese e calafrios	11 (26,8)
Sopro cardíaco	8 (19,5)
Alteração do estado de consciência	2 (4,9)
Fístula lombar	1 (2,4)
Massas abdominais	1 (2,4)
Outros sinais e sintomas	6 (14,6)

[†]Astenia, anorexia e/ou emagrecimento.

Diagnóstico Etiológico

Foi feita a identificação de agente etiológico em 26 doentes (63,4%). Em 22 doentes (53,7%) houve isolamento de agente etiológico em um ou mais produtos biológicos: sangue (16 doentes), urina (4 doentes), material purulento colhido por punção ou drenagem de abscesso paravertebral (2 doentes), suco gástrico (2 doentes), ponta de cateter (2 doentes), exsudado de fístula (1 doente), medula óssea (1 doente) e aspirado brônquico (1 doente). Os agentes infecciosos isolados foram os descritos no Quadro IV, sendo os mais frequentes os cocos gram positivos, nomeadamente o *Staphylococcus aureus*. Em 5 doentes (12,2%) houve identificação de *Mycobacterium tuberculosis* e em 1 doente (2,4%) houve crescimento de *Brucella* em cultura (em sangue e medula óssea). Em 4 doentes (9,8%) o diagnóstico de EI a *Brucella* foi feito por serologia positiva (por reacção de aglutinação de Wright $\geq 1/160$ e Rosa Bengala positivo). Em 2 casos considerou-se o diagnóstico de EI de etiologia mista, por isolamento em cultura de Micobactérias e

Quadro III. Segmento de Coluna Vertebral Afectado

Segmento da coluna vertebral afectado	Nº de doentes (%)
Cervical	5 (12,2)
Dorsal	7 (17,0)
Dorsolombar	2 (4,8)
Lombar	19 (46,3)
Lombossagrado	8 (19,5)

Quadro IV. Agente Etiológico Identificado

Agente identificado	Nº de casos
<i>Staphylococcus aureus</i> metilino-sensível	8
<i>Staphylococcus aureus</i> metilino-resistente	1
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	5
<i>Staphylococcus cohnii</i>	1
<i>Streptococcus sanguis</i>	1
<i>Streptococcus spp</i>	1
<i>Escherichia coli</i>	1
<i>Brucella spp</i> [†]	5
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	5

[†]Quatro com diagnóstico serológico e um com isolamento em hemocultura e mielocultura

Staphylococcus epidermidis em um dos casos, e no outro caso de Micobactérias e *Staphylococcus aureus*.

Em 15 doentes (36,6 %) não foi possível a determinação do agente etiológico, tendo sido conjugados os dados clínico-epidemiológicos, laboratoriais, imagiológicos e resposta à terapêutica empírica para se atribuir uma etiologia provável para a Espondilodiscite: 10 tuberculosas prováveis e 5 piogénicas prováveis.

O estudo dos pacientes permitiu, portanto, admitir o diagnóstico de EP em 21 (51,2%) doentes, EG em 18 (43,9%) doentes e EG com sobreinfecção piogénica em 2 (4,9%) doentes.

Outras focalizações de infecção

Em 14 doentes (34,1%) foram identificadas outras focalizações de infecção: 2 doentes com tuberculose pulmonar; 1 caso de EP com infecção urinária; 3 casos de endocardite infecciosa, num dos casos complicada de embolização cerebral; 7 casos de abscessos paravertebrais (associados a EP em 2 casos, a EG em 4 casos e a EI de etiologia mista em 1 caso) e um 1 doente com abscesso epidural associado a EP.

Tratamento

Foi instituída terapêutica médica empírica por via parentérica em 14 dos 21 doentes com EP (66,7%) (em 6 com ajuste após a identificação do agente etiológico e do seu perfil de sensibilidade), tendo sido dirigida desde o início nos restantes 7 (33,3%). O tempo médio de tratamento foi de 6,0 semanas (mínimo de 2,0 semanas por morte do doente e máximo de 10,0 semanas), sendo desconhecido o

tempo total de tratamento em 1 doente. Um doente necessitou de tratamento cirúrgico de descompressão por compromisso neurológico.

Nos 5 doentes com Espondilodiscite a *Brucella* foi feita antibioterapia dupla (doxiciclina e rifampicina). O tempo médio de tratamento foi de 12,0 semanas. Houve um doente que abandonou seguimento às 4 semanas.

Em 11 dos 13 doentes com Espondilodiscite Tuberculosa foi instituída terapêutica antibacilar empírica e nos dois restantes foi dirigida. O tempo médio de tratamento foi de 55,2 semanas. Dois destes doentes foram submetidos a drenagem de abscessos do psoas guiada por TAC. Três doentes necessitaram de intervenção cirúrgica, em dois cirurgia de descompressão por compromisso neurológico e o terceiro para drenagem de abscesso paravertebral.

Nos dois doentes com EI de etiologia mista, foi instituída terapêutica antibacilar empiricamente, que cumpriram durante uma média de 58,5 semanas, associada a antibioterapia dirigida para os estafilococos isolados durante um tempo médio de 6,5 semanas. Um destes doentes foi submetido a cirurgia de descompressão por compromisso neurológico.

Evolução Clínica e Analítica

A evolução foi classificada como: Boa, se após a terapêutica houve resolução completa da clínica ou mantiveram apenas dor local ligeira ou esporádica; Razoável, quando, apesar de resolvido o quadro infeccioso, se manteve deformidade da coluna, défice neurológico e/ou dor que não ligeira; e Má, se não houve resposta ao tratamento e/ou morte durante o tratamento [adaptado de Asamoto (7)].

Vinte e seis doentes (63,4%) tiveram boa evolução, oito doentes (19,5%) tiveram evolução razoável e seis doentes tiveram má evolução (14,6%), tendo estes últimos falecido (Quadro V). Todos os falecidos tinham EP: 4 destes eram insuficientes renais crónicos em hemodiálise (um era também diabético e outro tinha uma vasculite sistémica), 3 dos quais eram portadores de cateter venoso central; um era alcoólico crónico com cirrose hepática; o sexto doente morreu em insuficiência cardíaca congestiva por endocardite com insuficiência valvular severa.

Verificou-se diminuição dos parâmetros de inflamação no controlo analítico final: leucocitose em 2,6% dos doentes, VS aumentada em 37,0% dos doentes (VS média 28 mm/H) e PCR positiva em

Quadro V. Evolução Clínica

Evolução	Nº de casos (%)	Etiologia da EI
Boa	26 (63,4%)	15 EG, 11 EP e 1 E mista
Razoável	8 (19,5%)	5 EP, 2 EG e 1 E mista
Má	6 (14,6%)	EP
Desconhecida	1 (2,4%)	EG

EI - Espondilodiscite Infeciosa; EG - Espondilodiscite Granulomatosa; EP - Espondilodiscite Piogénica; E mista - Espondilodiscite Granulomatosa com sobreinfecção Piogénica.

64,5% dos casos (PCR média 3,4 mg/dL).

Discussão

A EI é uma patologia considerada relativamente rara.^{2,3} Os autores apresentam os casos diagnosticados num período de 79 meses num hospital com uma área de influência predominantemente de ambiente rural, com contexto epidemiológico de risco para a brucelose animal e humana. Dada a grande prevalência da tuberculose em Portugal⁸ e sendo a espondilodiscite uma das formas extrapulmonares mais frequentes da tuberculose,¹¹ esta é também uma etiologia a considerar. Estas características particulares da região e do país reflectem-se nos resultados da nossa série.

Dados demográficos

Na nossa amostra há um predomínio masculino (1,7:1) e de indivíduos idosos, tal como descrito noutros estudos.^{5,7,12,13}

Factores predisponentes e doenças associadas

A nossa série apresenta um significativo número de doentes com patologias associadas e/ou sujeitos a intervenções terapêuticas predisponentes a infecção discovertebral (78,0%).

É de relevo o grande número de doentes hemodialisados (8 doentes). Esta é uma população de indivíduos em especial risco de contrair infecções, que frequentemente decorrem com manifestações clínicas atípicas (por exemplo, sem febre). A tuberculose nestes doentes é habitualmente extrapulmonar, também com sintomas atípicos, dificultando o seu diagnóstico.¹⁴ Sete dos 8 indivíduos hemodialisados tinham cateter venoso central, o que determinou maior risco de infecção bacteria-

na. Há outros grupos na nossa amostra também a referir pelo seu estado de provável imunodepressão susceptível de predispor a infecções graves, nomeadamente EI: os diabéticos, os alcoólicos crónicos, os doentes oncológicos (alguns dos quais sujeitos a quimioterapia), os indivíduos com patologia autoimune sob tratamento imunossupressor e/ou a fazer corticoterapia crónica.¹

Alguns doentes (14,5%) haviam tido uma infecção grave recente, motivando internamento hospitalar e terapêutica endovenosa, sendo a infecção subjacente (embora tratada) e as cateterizações venosas duas possíveis fontes de infecção.

Outros tantos doentes (14,5%) foram sujeitos previamente a procedimentos invasivos, nomeadamente cirurgia da coluna, sendo a EP iatrogénica uma reconhecida possível complicação destas intervenções por inoculação directa do agente infeccioso;^{1,3} outros procedimentos invasivos podem também ser a fonte da EP, nomeadamente os descritos na nossa amostra.

Contexto Epidemiológico

A averiguação de antecedentes de tuberculose, brucelose e do contexto epidemiológico demonstrou ser importante na suspeita da etiologia da EI. Qualquer destas patologias pode recorrer ou recidivar^{1,3,8,10} e o contacto com material biológico potencialmente infectado (num Laboratório de microbiologia ou num matadouro, ou por ingestão de queijo fresco), com pessoas com tuberculose ou com gado com brucelose é, por si, fonte provável de infecção.^{8,10}

Manifestações Clínicas

Como descrito noutros trabalhos,^{1,3,5,7} a dor local foi o sintoma predominante, na maioria dos casos de localização lombar; muito menos frequentemente surgiram outras manifestações clínicas, tais como febre (43,9%), sudorese e calafrios (26,8%), sintomas constitucionais (51,2%), défice neurológico de novo (31,7%) e outras, tal como é referido noutros estudos e na literatura.^{1,3,5,7} Esta clínica relativamente inespecífica em muitos doentes vem atestar a dificuldade e o atraso no diagnóstico descritos para esta patologia e também neste estudo verificado (tempo decorrido desde o início das queixas em média de 12,5 semanas).

Alterações analíticas iniciais

Como descrito na literatura,¹ foi muito frequente o aumento da VS (em 87,5 %) e da PCR (86,8%),

sendo menos habitual a existência de leucocitose (26,8%).

Estudo Imagiológico

Em todos os doentes foi feito estudo imagiológico, tendo a TAC permitido o diagnóstico de focalização discovertebral da infecção em 3 doentes, por aspectos típicos da imagem; em 38 doentes foi feita RMN do segmento da coluna provavelmente afectado, confirmando a focalização da infecção. Actualmente a RMN é o meio de diagnóstico imagiológico considerado de primeira linha na espondilodiscite, dado ser o exame mais sensível no diagnóstico desta patologia.¹⁶ Na nossa amostra as lesões foram localizadas predominantemente na coluna lombar e lombossagrada, como noutros trabalhos,^{5,6,10,12} embora todos os segmentos da coluna tenham sido afectados.

Diagnóstico Etiológico

Em 26 doentes (63,4%) foi possível determinar a etiologia da espondilodiscite, quer por isolamento do agente etiológico em produto biológico, quer por serologia de brucelose positiva. O agente microbiano mais frequentemente isolado foi, como descrito na literatura^{1,2,5,6} o *Staphylococcus aureus* (em 9 doentes), sendo também frequentes os isolamentos de outros estafilococos, o que poderá ser atribuível ao grande número de factores predisponentes e potenciais fontes de infecção por estes agentes em doentes frequentemente imunodeprimidos. Também foram frequentes os isolamentos de *Mycobacterium tuberculosis* (em 5 doentes), reflectindo a grande prevalência desta infecção em Portugal,^{8,9} na forma óssea mais frequente.¹¹ Nos casos sem agente isolado, de acordo com as manifestações clínicas apresentadas, o tempo de evolução, factores predisponentes e contexto epidemiológico, e características imagiológicas, foi atribuída uma etiologia considerada provável e feito tratamento médico de acordo com a etiologia presumida. É de salientar que nestes casos a evolução foi habitualmente favorável.

Muitos diagnósticos etiológicos das EI basearam-se no isolamento bacteriano em hemoculturas (39,0%), o que é sobreponível ao descrito noutros estudos.^{5,13} Muito menos frequentes foram os isolamentos em amostra de biopsia, quer guiada por TAC (efectuada em 4 doentes), quer de fragmento cirúrgico, o que provavelmente se deve ao baixo recurso a estas técnicas diagnósticas invasivas, mas também ao facto de frequentemente os

doentes já estarem a fazer antibioterapia empírica quando estas técnicas eram realizadas.

O diagnóstico final foi de EG em 43,9% dos doentes (12,2% eram espondilodiscites a *Brucella* e 31,7% espondilodiscites tuberculosas), EP em 51,2% dos doentes e EG com sobreinfecção piogénica em 4,9% dos doentes. O predomínio de EG também é descrito noutros estudos de países mediterrânicos, área endémica destas patologias.⁵ Foram admitidos dois diagnósticos de EG com sobreinfecção piogénica por se tratarem de casos com isolamento de dois agentes (micobactéria e estafilococo), em doentes com clínica arrastada com marcado agravamento recente das queixas o que seria compatível com uma sobreinfecção de uma EG tuberculosa.

Outras focalizações

Em vários doentes houve outras focalizações para além da discovertebral, em alguns casos condicionando perfil de pior prognóstico (EI com endocardite e enfarte cerebral) ou com necessidade de intervenção dirigida (nomeadamente para drenagem de abscesso paravertebral).

Tratamento

A terapêutica foi exclusivamente médica na grande maioria dos doentes da nossa série. Cada vez mais a cirurgia é reservada para doentes com défice neurológico significativo por compressão medular, em casos de grande destruição do corpo vertebral ou deformidade significativa da coluna, quando há abscesso clinicamente significativo (com sepsis), em casos refractários a tratamento médico prolongado (se VS persistentemente alta ou dor mantida), ou para obtenção de diagnóstico bacteriológico quando a biopsia fechada é negativa ou pouco segura.^{1,4,15} Nos 5 doentes da nossa amostra a cirurgia realizada teve intuito terapêutico, tendo sido em 4 cirurgia da coluna para descompressão (por compromisso neurológico) e no quinto doente para drenagem de abscessos paravertebrais.

O tratamento médico das EI é ainda tema de grande controvérsia, quer quanto à antibioterapia, quer quanto ao tempo de tratamento indicado. Todos os doentes com EP que concluíram o tempo de antibioterapia cumpriram tempo de terapêutica parentérica igual ou superior a 6 semanas, com razoável ou boa resposta à terapêutica, não diferindo dos tempos de tratamento actualmente defendidos.^{1,17}

Nas Espondilodiscites tuberculosas é defendida actualmente a terapêutica com pelo menos três fármacos durante 2 meses e prolongamento até aos 6 a 9 meses com 2.¹¹ Na nossa amostra a terapêutica foi mais frequentemente quádrupla nos 2 primeiros meses (tripla em apenas um caso), em média prolongada até mais de um ano, o que nos parece ser resultante da lenta resolução da sintomatologia nalguns casos com Espondilodiscites desta etiologia e ao receio da recidiva da infecção.

Nas Espondilodiscites a *Brucella* foi cumprida em todos os doentes terapêutica no mínimo dupla, por um tempo médio de 12,0 semanas, cumprindo tempo considerado suficiente segundo as normas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o tratamento desta forma de Brucelose.¹

Evolução Clínica e Analítica

Na nossa amostra houve, na grande maioria dos indivíduos com espondilodiscite das diversas etiologias, boa ou razoável evolução; nestes doentes houve melhoria clínica e boa resposta analítica (melhoria global dos parâmetros inflamatórios), correspondendo a cura do processo infeccioso.

Salienta-se neste grupo de doentes estudado a alta mortalidade encontrada (14,6%) relativamente a outras séries (com mortalidades até 5,3%),^{5,12,13} estando descrito que nas EP em indivíduos mais idosos ou com comorbilidades a mortalidade pode atingir até 16%.¹ Cinco dos seis doentes falecidos tinham doenças crónicas graves concomitantes, por si só justificando significativa imunodepressão e por isso predispondo para quadros graves de espondilodiscite e também para má resposta à terapêutica. O outro doente falecido apresentava uma forma grave de infecção, já que para além de EP tinha também enfarte cerebral e endocardite valvular mitral, a qual condicionou a morte por disfunção valvular severa.

Conclusões

A série de casos apresentada representa a realidade do nosso hospital em termos de infecção discovertebral e reflecte a dificuldade diagnóstica que as EI colocam aos clínicos, com manifestações inespecíficas muitas vezes não valorizadas e que, por vezes, se arrastam por grandes períodos de tempo. O facto de a nossa amostra ter perfil especial (quanto a factores de risco e epidemiológicos), demonstra o especial alerta que deve estar presente

quanto à possibilidade deste tipo de infecção nestes doentes.

A RMN foi um exame complementar fundamental no diagnóstico de EI, dado que na maioria dos doentes foi necessária para confirmar a localização da infecção e confirmar o diagnóstico.

Infelizmente, apesar do estudo etiológico instituído, foi frequente não se conseguir determinar o agente etiológico, o que é sobreponível a outras séries. Salienta-se também o grande número de EG identificadas, o que está de acordo com a grande prevalência local da Tuberculose e da Brucelose.

A terapêutica médica foi instituída de forma empírica na maioria dos casos, tendo sido necessária cirurgia num reduzido número de doentes.

A evolução foi favorável (boa ou razoável) na grande maioria dos doentes. No entanto, houve mortalidade elevada na nossa série, provavelmente relacionada com o perfil destes doentes.

Correspondência para:

Joana Isabel Faria Monteiro Capelo
Rua de Santo António, Lote 47, 4º Frente
3500-184 Viseu
E-mail: capelo.joana@gmail.com

Referências:

1. Currier BL, Eismont FJ. Infections of the Spine. In: Herkowitz HN, Garfin SR, Balderston RA et al, ed. Rohman-Simeone - The Spine. Philadelphia: WB Saunders Company, 1999: 1207-1258.
2. Fiter J, Vaquero CG, Nolla JM. Espondilodiscitis infecciosa. Perspectiva actual de un viejo problema. Rev Esp Reumatol 1999; 26: 91-99.
3. Jiménez-Mejías ME, Colmenero JD, Sánchez-Lora FJ et al. Postoperative Spondylodiskitis: etiology, Clinical Findings, Prognosis, and Comparison with Nonoperative Pyogenic spondylodiskitis. Clin Infect Dis 1999; 29: 339-345.
4. Wirtz DC, Genius I, Wildberger JE, Adam G, Zilkens KW, Niethard FU. Diagnostic and therapeutic management of lumbar and thoracic spondylodiscitis – an evaluation of 59 cases. Arch Orthop Trauma Surg 2000; 120: 245-251.
5. Colmenero JD, Jiménez-Mejías ME, Sánchez-Lora FJ et al. Pyogenic, tuberculous, and brucellar vertebral osteomyelitis: a descriptive and comparative study of 219 cases. Ann Rheum Dis 1997; 56: 709-715.
6. Balériaux DL, Neugroschl C. Spinal and spinal cord infection. Eur Radiol 2004; 14: E72-E83.
7. Asamoto S, Doi H, Kobayashi N et al. Spondylodiscitis: diagnosis and treatment. Surgical Neurology 2005; 64: 103-108.
8. Antunes AF. Epidemiologia da Tuberculose: Compreender para Agir. In: Pina J, ed. A Tuberculose na viragem do milénio. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda 2000: 37-85.

9. Lima G. Doenças de Declaração Obrigatória 1996-2000. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2001; 14, 21-23.
10. Pessegueiro P, Barata C, Correia J. Brucelose – uma revisão sistematizada. 2003; 10: 91-100.
11. Gardam M, Lim S. Mycobacterial Osteomyelitis and Arthritis. Infect Clin Dis N Am 2005; 19: 819-830.
12. Rodríguez NG, Bellas YPC, Rúan JI, Pérez MG, Lorenzo MLS. Espondilodiscitis infecciosas en un área sanitaria gallega, 1983-2003. An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 533-539.
13. Vicente L, Valente C, Afonso O, Faria MJ, Barros MSJ. Espondilodiscites piogénicas. Rev Port Doen Infec 2003; 2: 5-10.
14. Ifudu O. Care of patients undergoing hemodialysis. N Engl J Med 1998; 339: 1054-1062.
15. Larget-Piet B, Martigny J. Spondylodiscite bacterienne – étiologie, diagnostic, évolution, pronostic, traitement. La revue du Praticien (Paris) 1995; 45: 915-920.
16. Mendonca RA. Spinal Infection and Inflammatory disorders. In: Atlas SW, ed. Magnetic Resonance Imaging of the Brain and Spine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002: 1856-1969.
17. Sapico FL. Microbiology and antimicrobial therapy of spinal infections. Orthop Clin North Am 1996; 27: 9-13.

Congresso Português de Reumatologia

Vilamoura
02-06 de Abril de 2008

Data limite para envio de resumos:
15 de Janeiro de 2008

XV Jornadas Internacionais do Instituto Português de Reumatologia

Lisboa
13-14 de Dezembro de 2007