

OSTEOMIELTE DA TÍBIA

Ana Dantas,* Pedro Santos-Sousa,* Fernanda Rêgo,* Schaller Dias,** José Ducla-Soares*

Mulher de 20 anos, raça negra, com drepanocitose (Hb SS, haplotipo Benim/Benim), internada por dor ao nível da face anterior do terço proximal da perna direita (PD), tipo facada, de intensidade 8 em 10, agravada pela mobilização, com 2 dias de evolução, sem febre ou outras queixas. Apresentava mucosas descoradas e desidratadas, escleróticas subictéricas, sopro sistólico grau II/VI audível em todo o précordeio e dor à palpação da face anterior do terço proximal da PD; sem outras alterações. Analiticamente destacava-se anemia normocrômica e normocítica (Hb=10,3g/dL), leucocitose (20.300/ μ L) sem neutrofilia, PCR negativa e padrão de hemólise (bilirrubina total=2,2mg/dL e LDH=868U/L). A radiografia (Rd) torácica e o ECG estavam dentro da normalidade. A Rd da PD revelou aumento da espessura da cortical óssea (Figura 1). A ecografia da PD, realizada no 6º dia de internamento, evidenciou aspectos sugestivos de *peri-osteíte da TD* (Figura 2). A ressonância magnética nuclear (RMN) da PD, realizada no 15º dia de internamento, revelou aspectos sugestivos de *osteíte/osteomielite (OM) da TD* (Figura 3).

Após colheita de duas hemoculturas e uma urocultura, que se revelariam negativas, iniciou ceftriaxone (1g 12/12h ev) pela suspeita diagnóstica de OM da TD, hidratação ev, oxigenioterapia e analgesia. No 4º dia de antibioterapia, ocorreu agravamento clínico (febre de 38°C e acentuação dos sinais inflamatórios) e analítico (leucócitos=24.700/ μ L, PCR=6mg/dL, Hb=8,7g/dL, bilirrubina total=3mg/dL e LDH=704U/L), pelo que o ceftriaxone foi substituído por flucloxacilina (2g 4/4h ev). Por reacção medicamentosa adversa, no 16º dia de flucloxacilina, esta foi substituída por ciprofloxacina (400mg 12/12h ev). Dois dias depois, houve novo agravamento clínico e analítico. Repetiram-se hemoculturas e urocultura (novamente negativas), e substituiu-se a ciprofloxacina por vancomicina (1g 8/8h ev). No 11º dia de vancomicina, após um mês de internamento, apresentava-se apirética, sem si-

nais inflamatórios na PD, e com retorno dos parâmetros analíticos aos valores basais da doente.

No 24º dia de vancomicina (44º dia de internamento), a RMN de controlo mostrou melhoria importante das lesões, mantendo ainda alterações inflamatórias sugestivas de lesão residual intra-medular com 2x1x1cm, mas sem anomalias das partes



Figura 1. Radiografia da PD: aumento da espessura da cortical óssea do terço proximal da tíbia direita, sem evidência de fratura ou necrose.

*Serviço de Medicina I – Sector D, Hospital de Santa Maria, Lisboa

**Serviço de Imagiologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa



Figura 3. RMN da PD: aumento do sinal na ponderação T1 com gadolínio ao nível da diáfise tibial, sugestivo de osteíte/OM (seta); sem colecções das partes moles adjacentes.

moles. A doente completou 4 semanas de antibioterapia ev com vancomicina e teve alta medicada com linezolid (600mg 12/12h po) por mais 15 dias.

Dezoito por cento dos internamentos dos doentes drepanocíticos deve-se a OM. Os sinais inflamatórios locais, a febre, a elevação dos parâmetros analíticos inflamatórios e algumas das alterações imagiológicas são comuns à OM e à crise álgica vaso-oclusiva, tornando extremamente difícil o diagnóstico diferencial entre as duas. No entanto, todas estas alterações são mais acentuadas na OM, sendo exclusivamente nesta que se pode isolar algum agente na biopsia óssea. As anomalias imagiológicas descritas nesta doente são muito características: o espessamento da cortical óssea na Rd; a colecção adjacente à cortical óssea, as adenomegalias e o linfedema das partes moles na ecografia; o aumento do sinal na ponderação T1 com gadolínio da diáfise

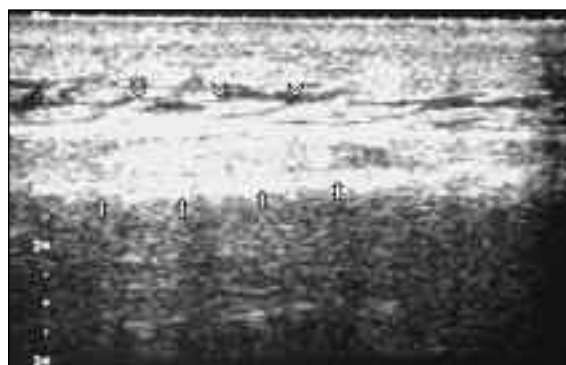


Figura 2. Ecografia da PD: colecção fusiforme na face antero-interna da tíbia direita (TD), adjacente à cortical óssea, com 0.6x0.4x1.7cm (setas); e discreto linfedema do tecido adiposo subjacente (cabeças de setas); aspectos sugestivos de peri-osteíte da TD.

se tibial e as alterações residuais intra-medulares na RMN. A cintigrafia óssea também pode auxiliar na confirmação do diagnóstico de OM. As hemoculturas são negativas em 50% dos casos, sendo apenas isolado o agente em cultura de material colhido por biopsia óssea dirigida. O agente mais frequentemente isolado na população em geral é o *Staphylococcus aureus*, enquanto que nos doentes com drepanocitose é a *Salmonella spp.* Neste caso as hemoculturas foram persistentemente negativas e não foi realizada biopsia óssea, mas o padrão de resposta aos antibióticos coloca o *S. aureus* como agente etiológico mais provável. A terapêutica prolongada é essencial, pois é muito frequente a evolução para OM crónica, por vezes com fistulização cutânea, situação que requer tratamento cirúrgico com remoção dos tecidos necrosados e infectados, podendo complicar-se de degenerescência sarcomatosa dos trajectos fistulosos e eventual necessidade de amputação.

Correspondência para

Ana Dantas
Serviço de Medicina 1, Sector D
Hospital de Santa Maria
Av. Professor Egas Moniz,
1600-190 Lisboa
E-mail: dantas80@gmail.com