



ESPONDILODISCITE NA CRIANÇA

Letícia Abreu
Henrique Leitão
Rute Gonçalves
Conceição Freitas
Amélia Cavaco
Herberto Jesus

ESPONDILODISCITE NA CRIANÇA

Letícia Abreu*, Henrique Leitão**, Rute Gonçalves*,
 Conceição Freitas***, Amélia Cavaco****, Herberto Jesus*****

MFPR, 2 anos de idade, sexo feminino, saudável até à data, recorre ao serviço de urgência, do Centro Hospitalar do Funchal, a 07/11/2002 com história de lombalgia mecânica com sete dias de evolução. Apresentava-se apirética e sem limitações das actividades da vida diária. A radiologia convencional da coluna toraco-lombar não revelava alterações. Foi medicada com ibuprofeno, (100 mg, p.o. de 8-8 horas).

Durante as duas semanas seguintes apresentou agravamento do seu quadro clínico, o qual era acompanhado de despertar frequente (4 a 5 vezes /noite) e gemido nocturno. A 20/11/2002, dia do internamento, apresentava postura antiálgica, contractura dos músculos da coluna lombar e claudicação da marcha, a qual era acompanhada de prostração, dor à palpação e à mobilização da coluna toracolombar.

Dos exames complementares de diagnóstico efectuados destacam-se: nos exames laboratoriais: leucocitose ($11800 \cdot 10^3/uL$) com neutrofilia (85%), VS 76 (N:0-10); Proteína C Reactiva 5,8 (N:0-5); LDH 457 (N:130-500U/L); Teste Anti-Streptolisina O, R. Paul Bunnell, R. Widal, RA test e Mantoux negativos (neg.); Tipagem HLA B27 neg; Ig G 946 (N: 780-1500mg/100ml); IgA 45 (N:140-290mg/100ml); IgM 89,9 (N:70-250 mg/100ml); C3 167 mg/100ml (N:80-140mg/100ml); C4 37,4mg/100ml (N:20-50 mg/100ml); Proteinograma electroforético sem alterações; AchBs positivo; Ag Hbs neg; VDRL neg; Hemoculturas e uroculturas estéreis; Urina II sem alterações; Nos exames imagiológicos: ausência de

alterações na radiologia convencional do tórax e da coluna toracolombar (Figura 1 e 2), na ecografia abdominal e na TAC toracolombar.

Nas primeiras 24 horas após o internamento manteve-se apirética, com dor à flexão do tronco e adopção da posição de «tripé» quando no leito.

Durante o internamento evoluiu favoravelmente com remissão da dor após administração do anti-inflamatório já prescrito e na mesma dosagem.

Ao 5º dia de internamento apresentava uma VS de 110 (N:0-10).

A 06/12/2002 realizou Ressonância Magnética Nuclear que evidenciou: «*Diminuição da espessura discal em D12-L1. O disco inter-vertebral apresenta discreto hypersinal em relação aos restantes discos*



Figura 1.

*Interna do Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar, C. S. Santa Cruz, Madeira

** Interno do Internato Complementar de Pediatria do Hospital Central do Funchal

*** Assistente Graduado de Pediatria, Serviço de Pediatria do Hospital Central do Funchal

****Chefe de Serviço de Pediatria, Directora do Serviço de Pediatria do Hospital Central do Funchal

***** Assistente de Reumatologia, Unidade de Reumatologia do Hospital Central do Funchal



Figura 2.



Figura 3.



Figura 4.

nas imagens ponderadas em T1. Discreta captação do gadolínio a nível do disco intervertebral e nos pratos vertebrais adjacentes (...). Espondilodiscite em D12-L1? – a controlar posteriormente» (Figuras 3,4,5).

Após 17 dias de internamento, apresentava-se assintomática e teve alta sendo recomendada reintrodução do ibuprofeno (100 mg, p.o./8-8h) em caso de reaparecimento do quadro clínico.

Efectuou cintigrafia óssea com tecnécio (Figura 6), no Hospital Garcia de Horta, no dia 06/01/2003 que revelou: «Espondilodiscite moderada e em provável fase subaguda em D12-L1».

A 02/05/2003 revelava um leucograma normal ($7400.10^3/uL$) e uma VS de 15 mm/1^ªh.

Comentário

A discite é um processo inflamatório autolimitado, raro, que atinge o disco intervertebral.

A etiopatogenia é ainda assunto de alguma controvérsia: discite inflamatória ou infecciosa?!

No caso apresentado, a boa evolução clínica com resposta ao anti-inflamatório e a negatividade



Figura 5.

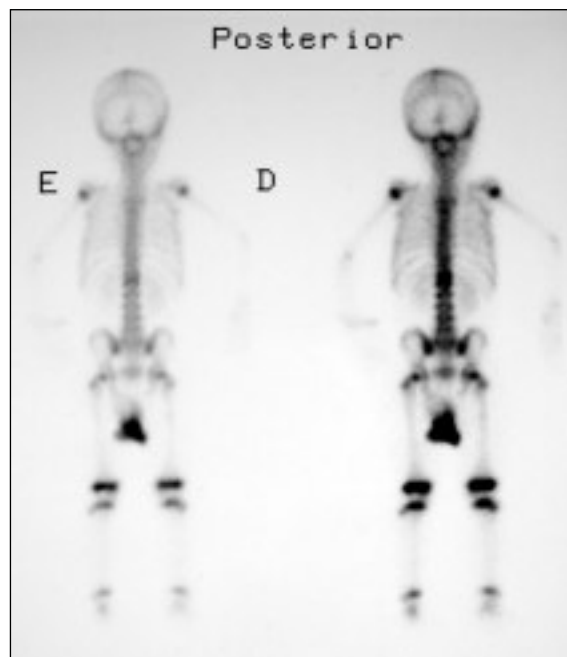


Figura 6.

dos parâmetros analíticos infecciosos orienta-nos para uma causa inflamatória.

No entanto, muitos autores defendem a etiologia bacteriana (*S.aureus*, *S.pyogenes*, Enterobactérias e Moraxela) uma vez que estes agentes foram encontrados nas biopsias discovebrais percutâneas realizadas. Tendo em conta o contexto epidemiológico do nosso país é mandatória a pesquisa de *M. tuberculosis*.

A incidência é semelhante nos dois sexos, com um pico etário entre os 1 a 3 anos e tem as seguintes localizações preferenciais: L4-L5 (44%), L3- L4 (37%), L2- L3 (7%) e L5- S1 (6%).

O diagnóstico é feito com base na história clínica e exame físico e exige um alto nível de suspeição, pois os exames laboratoriais são pouco específicos.

Dos exames imagiológicos que mais auxiliam o diagnóstico destacam-se a cintigrafia óssea e a ressonância magnética nuclear.

A biópsia do espaço intervertebral raramente é preconizada, dado ser uma manobra invasiva, apenas reservada para aqueles casos que não respondem ao tratamento conservador.

O prognóstico é muito favorável, excepto se está subjacente uma imunodeficiência congénita ou adquirida.

Bibliografia Consultada:

1. Costa, M M; Mineiro J. Espondilodiscite na infância. Acta Pediátrica Portuguesa 1997;28 (4): 331-336
2. Cláudia Moura, J M Aparício, Helena Jardim, Caldas Afonso, Iva Brito, Mário Queiroz, A Lopes Vaz. Lombalgia na criança: a propósito de um caso clínico. Rev -Port -Reumatol -Patol -Osteo -Art 2000; 11 (108): 2878 -2965
3. P. Hollingworth. Back Pain in Children. British Journal of Rheumatology 1996; 35:1022-1028