

**TÍTULO DO ARTIGO:
APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO: MAL DE POTT****Nome autor(es):
Efigénio Pacífico Indeikumwe Ndeiweda**

Página | 1

*Instituição:**Faculdade de Medicina da Universidade Mandume Ya Ndemufayo**E-mails [Calibri 11, itálico, centrado, separado por ;]***Resumo**

O mal de Pott é uma forma de apresentação de [tuberculose](#) extrapulmonar, onde a [coluna vertebral](#) é afectada a nível dos corpos vertebrais, constitui a localização mais frequente de tuberculoses, depois da tuberculose pulmonar. Constituiu objectivo deste trabalho, identificar as principais manifestações no paciente para o diagnóstico de Mal de Pott. Para tal se estudou um paciente com diagnóstico de Mal de Pott, desde Novembro de 2010 a Novembro de 2011 e a ele se realizou exames laboratoriais e imagiológicos. Trabalhou-se com o paciente V.D.C de 22 anos, com antecedentes de sintomas respiratórios, tendo recebido tratamento tradicional. Quadro de dores lombares há 3 anos que no mês de Novembro passou acompanhar-se de febre nocturna e acudiu à consulta com lombalgia, febre, cefaleia e dores nos membros inferiores, ao exame físico apresentava claudicação na marcha, incapacidade de flexão da coluna com ligeira perda da lordosis lumbar. Do estudo efectuado realçamos: aumento da VS, redução do disco em L4/L5 mediante a imagiológia da coluna lombar. Devido a destruição das vértebras lombares submeteu-se o paciente a uma cirurgia onde realizou-se Artropediculolaminectomia, carpectomia, disquetomia e tirou-se uma amostra para o estudo BK, cujo resultado foi positivo. Fez a terapia antituberculosa por seis meses e em Novembro de 2011 fez a segunda cirurgia e tirou-se o sistema e observou-se uma recuperação do segmento antes lesionado. Concluiu-

se que para o diagnóstico de Mal de Pott são necessários antecedentes patológicos, factores de risco, manifestações clínico humorais e imagiológicas.

Palavras-chave: Mal de Pott, clínico humoral, imagiológicos

Introdução

«Mal de Pott», tuberculose vertebral ou, ainda, espondilodiscite ou espondilite tuberculosa, tal é a sinonímia empregada para classificar a lesão da coluna vertebral. Hoje, porém, subsiste quase exclusivamente o nome de «Mal de Pott» pelo qual é geralmente conhecida a tuberculose das vértebras.¹

Assim, dá-se este nome, não à tuberculose vertebral incidindo sobre qualquer parte das vértebras, mas, sim, à que incide sobre os corpos vertebrais, e donde, também a denominação de tuberculose dos corpos vertebrais, de mal vertebral anterior. Existem vários factores de riscos como a Hereditieriedade, Idade, Higiene, antecedentes de infecções por *Micobacterium tuberculosis* e qualquer situação de esforço físico que possa desencadear um traumatismo.

O traumatismo merece um particular destaque dentre os factores que estão na base de aparição desta enfermidade, por exemplo, as crianças e os adolescentes estão predispostos a infecções por traumatismos. Estes causam um pequeno hematoma, obstrução vascular e, finalmente, uma área de necrose vascular. Esta área é susceptível à inoculação por uma bacteriémia transitória existente. Os agentes infecciosos atingem os corpos vertebrais contíguos através de segmentos arteriais do plexo vertebral que nutrem dois corpos vertebrais, e pela persistência da vascularização discal.^{1,6}

A coluna vertebral representa 50% de todas as localizações osteoarticulares de infecção tuberculosa. A sua incidência é inversamente proporcional ao nível socioeconómico do país e é mais frequente em crianças menores de dez anos.⁷ Ocorre secundariamente à disseminação hematogénica, a partir de uma infecção pulmonar

primária com reactivação local posterior. As vértebras mais atingidas são as lombares (45%), seguidas das torácicas (35%).^{5,6,8}

Trata-se de uma identidade de difícil diagnóstico, devido à clínica inespecífica e aos sinais radiológicos tardios, as manifestações clínicas variam e podem ser abruptas ou subagudas, dependendo da relativa virulência do organismo, da capacidade da resposta imunológica e da idade do hospedeiro, geralmente os pacientes apresentam uma tríade composta por: lombalgia, abscesso e rigidez da coluna. Também é frequente que haja dor referida aos segmentos afectados e a hipersensibilidade dolorosa são os sintomas mais comuns em todas as idades.^{1,2,3,6}

Mais de 50% dos doentes não apresentam febre ou leucocitose, existindo apenas aumento da velocidade de sedimentação (VS), que normaliza com uma terapêutica eficaz.^{2,3,6} A evidência radiográfica de tuberculose pulmonar, no momento do diagnóstico, está presente em menos de 50% dos casos⁸. Uma reacção de Mantoux negativa não exclui uma tuberculose óssea⁷. Para haver imagens radiológicas osteolíticas é necessário a destruição de 50% da matriz óssea. As radiografias da coluna vertebral revelam lesões compatíveis com espondilodiscite dois a vários meses após o início da sintomatologia (dependendo da indolência do agente)^{1,3,6}. A ressonância magnética (RM) é o exame mais adequado para um diagnóstico precoce.^{1,9} Habitualmente, as hemoculturas são negativas. A biópsia vertebral percutânea sob controlo tomográfico é um gesto simples e pouco agressivo, sendo positiva em 60% dos casos de espondilodiscites de etiologia piogénica.

O tratamento da espondilodiscite de causa infecciosa é controverso, principalmente se não é encontrado o agente responsável. Nestes casos devemos orientar a terapêutica para a etiologia mais provável ou, instituir cobertura antibiótica de largo espectro.

Tuberculoses pulmonar ocupa um lugar de destaque, dentre as enfermidades infecciosas, porem, apesar de serem os pulmões os órgão por excelência alvo da *Micobacterium tuberculosis*, as vértebras constituem alvo alternativo desta bactéria,

portanto, perante a um caso de tuberculoses vertebral num paciente de 22 anos, (uma vez que bibliografia aponta que raramente se observa em idades superiores aos 15 anos), nos sentimos motivados no sentido de Trazer em discussão o caso a respeito.

. Objectivo geral:

Identificar as principais manifestações clínico humorais e imagiológicas para o diagnostico de Mal de Pott.

Objectivos:

- 1- Identificar os principais factores de riscos que estiveram na base de aparição da enfermidade.
- 2- Destacar os principais pilares clínicos que conduziram ao diagnóstico de Mal de Pott no paciente.
- 3- Analisar a conduta terapêutica adoptada

Metodologia

Principais resultados (ou resultados esperados no caso dos projetos)

Apresentação do Caso

V.D.C., solteiro de 22 anos de idade, estivador, residente no bairro de Chioco. Com antecedentes patológicos em 2006 de tosse produtiva com expectoração mucosanguinolenta associadas a dores de peito, tendo recebido tratamento tradicional. Desde ano de 2008 vem sentindo dores ligeiras na coluna lumbosacra que se irradiavam na parte inferior do abdómen e que se aliviavam com repouso e AINES, quadro este perdurou por três anos e no ano de 2010 no mês de Outubro viu o seu estado de saúde agravando-se paulatinamente quando notou que as dores tornar-se-iam mais intensas e passaram a acompanhar-se de febres vespertinas, cefaleias e suores nocturnos, cansaço fácil, perda de apetite e emagrecimento progressivo, entretanto, acode ao banco de urgência com um quadro de Lombalgia, febre,



Dificuldade para caminhar, dores e formiguios na parte externa dos membros inferiores e cefaleias.

Exame físico geral

Mucosas: Mucosas ligeiramente decoradas e escleróticas anictéricas

Pele: Coloração normal, hidratada e de boa higiene.

Pelos: Coloração, consistência e distribuição normal e boa higiene

Marcha: Claudicante

Biótipo: Normolineo



Exame físico por aparelhos

Respiratório: Murmúrio vesicular normal e sem ferveores adventícios, com frequência respiratória de 26 ciclos/minutos.

Cardiovascular: batimento da ponta não visível e palpável no 5º espaço intercostal em intercessão com linha medioclavicular, ruídos cardíacos rítmicos e bem golpeados sem sopros nem galops, frequência cardíaca de 96 batimentos por minutos e tensão arterial de 110/80mmhg.

Abdómen: Plano, mole em sincronia com os movimentos respiratórios, ruídos hidroaereos normais, não refere dor ao longo da palpação superficial nem profunda, nem sinais de hepatoesplenomegalia e sonoridade normal.

Neurológico: Paciente consciente, orientado em pessoa, tempo e espaço que colabora coerentemente ao interrogatório, a nível dos membros inferiores observa-se ligeira diminuição dos reflexos osteotendinosos, sensibilidade superficial diminuída na parte externa desses mesmo membros, com movimentos activos limitados o mesmo se dando com os passivos que, sendo tentados, lhe provocam dores.

SOMA: Observa-se um aumento de volume na região lombar (ver anexos nº 1) de uma extensão longitudinal de mais ou menos 15 centímetros, quente e ligeiramente doloroso. Incapacidade de flexão da coluna com ligeira perda da lordosis lumbar. Provas de Lasegue e Bragard positivas.

Estudos realizados:

- Hemoglobina: 10.2 gr%
- Leucócitos: 6500 /mm³
- Eritrocedimentação: 65 mm na 1ª hora
- Glicemia: 96 mg/dl
- Acido úrico: 4 mg/dl

- Creatinina: 0.9 mg/dl
- Ecografia abdominal: Normal
- Radiografia do tórax: Normal (Ver anexo nº 2)
- Radiografia da Coluna vertebral: revelou um aplastamento vertebral em L4 e L5. (Ver anexo nº 3)
- Tomografia Axial computadorizada: revelou lesões osteolíticas, fundamentalmente a nível da L4 (ver anexo nº 4, 5 e 6)

Evolução

O paciente permaneceu internado no hospital central do Lubango, com terapia virada aos sintomas acompanhantes, a base de AINES e devido a clínica típica de Mal de Pott iniciou-se de maneira empírica o tratamento antituberculoso com rinfampicina, isoniacida e etambutol. Depois 2 meses o paciente foi submetido a uma intervenção cirúrgica, com o objectivo de reverter as lesões osteolíticas que se observavam a nível do corpo vertebral da L5. Neste procedimento realizou-se Artropediculolaminectomia, carpectomia, disquetomia e implantação de um sistema ou colete para a imobilização da coluna vertebral (ver anexo nº 7), e neste mesmo procedimento recolheu-se uma amostra da lesão, o que revelou a presença de bacilos ácido álcool resistente, compatível com a tuberculoses vertebral. O consolidou a diagnostico de Mal de Pott. E após 6 meses de terapia antituberculosa, ao paciente foi feito uma consulta de rotina onde revelou uma recuperação fabulosa, pelo que, foi submetido ao segundo procedimento cirúrgico (ver anexo nº 8), onde o objectivo foi a retirada do colete protector (ver anexo nº 9) que esteve implantado no paciente por um período de um ano. Com isto, a recuperação do paciente estava consumada.

Discussão

Pela história, imagens radiológicas e evolução clínica a fractura ou a etiologia tumoral foram excluídas. Em regra, os tumores primários ou metastáticos preservam o disco, não provocando diminuição do espaço intervertebral.^{1,10}

As lesões decorrentes do desenvolvimento esquelético (espondilólise, e distrofia vertebral do crescimento) foram excluídas porque causam dor de tipo mecânico, não se acompanhando de sintomatologia sistêmica ou aumento da VS. ^{2,7}

Inicialmente, como não tínhamos agente etiológico, apesar de postularmos uma etiologia infecciosa por agente piogénico, instituímos uma cefalosporina de terceira geração com largo espectro de acção e iniciámos antituberculosos. Como a recolha da amostra da lesão vertebral só foi realizada 3 meses após o início de uma terapêutica antibiótica empírica, mantivemos os antituberculosos (durante 6 ano). Uma vez que não pudemos excluir com segurança a etiologia bacilar. ^{8,10}

O uso de colete de suporte é recomendado, por diversos autores, tendo sido instituído, neste caso, para diminuir as queixas álgicas e evitar a progressão da deformidade (cifose, lordose ou escoliose), provocada pela destruição dos corpos vertebrais.

Todos os autores são unânimes em salientar a acuidade da RM e TAC no diagnóstico e na caracterização das lesões (independentemente da etiologia). A VS é um parâmetro importante para a avaliação da eficácia da terapêutica. O diagnóstico definitivo, e tão importante para a instituição de um tratamento precoce e eficaz, é estabelecido por estudos de amostras de lesões vertebrais, para a observação de bacilos ácidos, álcool resistentes.¹

Considerações finais

- 1- Os principais factores de riscos identificados que estiveram na base de aparição da enfermidade foram os antecedentes patológicos e a profissão que desempenhava o paciente.
- 2- Os principais pilares clínicos que conduziram ao diagnóstico de Mal de Pott foram, a caracterização das lesões mediante os estudos imagiologicos,

Lombalgia, incapacidade de flexão da coluna com ligeira perda da lordosis lombar e VS elevada.

- 3- A conduta terapêutica inicialmente foi destinada ao combate dos sintomas acompanhantes e submeteu-se o paciente a uma intervenção cirúrgica para a implantação de um colete protector e após a confirmação de Mal de Pott, aplicou-se a terapia antituberculosa ao paciente.

Bibliografia

- 1- RESNIK D, NIWAYAMA G. Osteomelites, Artrites Septica e Infecção dos tecidos moles: Esqueleto Axial. Em Resnik, Donald Diagnostico de osseas e articulares. 5ª edição. Philadelphia, W.B. Saunders Company 2007: 2419-36.
- 2- VENTURA N, HUGUET R, EY A: Discites y Espondilodiscites em crianças. En Infecciones Musculoesquéticas em crianças e no Adolescente. 3ª edição. Madrid, T. Epeldegui 2006; 193-204.
- 3- GILL J, FEDORKO DP, WITEBSKY FG: The clinician and the microbiology laboratory . Aerobic Actinomycetes. In Mandell, Douglas and Bennett's. Principles and Practice of Infections Disease, 5th ed. Philadelphia, Churchill Livingstone 2000; Chapter 14.
- 4- STEFANI DORAL STEPHEN; ELVINO BARROS E COLABORADORES. Clinica Medica. Infectologia. Em infecções por bacilos. 3 edição, Editora Artmed. 2008; 335-337
- 5- FILIPA V. ESPADA, PEDRO M. COSTA, A. LEITE DA CUNHA, ANTÓNIO SARMENTO, J. MESQUITA MONTES, Mª EDUARDA CRUZ. Espondilodiscite, caso clínico. Acta medica portuguesa. Publicado em Agosto de 2003. Disponível em : <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2003-16/4/279a284.pdf> -



- 6- P. FANLO, G. TIBERIO. Tuberculoses Extrapulmonar. Análise do sistema sanitário de Navarra. Publicado em 2007. 30(2). Disponível em:
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol30/sup2/PDFs/10-Tuberculosis%20extrapulmonar.pdf>
- 7- HÉLIO MANDETTA, FRANCISCO A. PEREIRA, LUIZ FERNANDO DA F. SISMEIRO, ROBERTO ANTONOLLI DA SILVA. Mal de Pott: tratamento clínico e cirúrgico. Estudo realizados em pacientes brasileiros na cidade de São Paulo. Revista brasileira ortopédica. Publicado em Março de 1994. 29(3). Disponível em:
http://www.rbo.org.br/1994_mar_39.pdf
- 8- DIEGO DE LA TORRE GONZÁLEZ, JORGE GÓNGORA LÓPEZ, JOSÉ ADOLFO PÉREZ MEAVE, LEOBARDO GUERRERO BELTRÁN, DAVID MIRANDA GÓMEZ, JUAN RAMÓN BON VILLAREAL. Mal de Pott. Diagnóstico y tratamiento del paciente. Estudio em pacientes com Mal de Pott em de Texcoco, Estado de México. Revista hospitalar jua Mexico. Publicado em 2006; 73(3):96-100. Disponível em:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2006/ju063e.pdf>
- 9- MARCUS VINÍCIUS GUIMARÃES DE LACERDA, MARIA PAULA GOMES MOURÃO, CELESTE AÍDA NOGUEIRA SILVEIRA. Mal de Pott e abscessos tuberculosos de psoas em paciente com síndrome da imunodeficiência adquirida. Realizado no Hospital Universitário de Brasília. Publicado em Dezembro de 2004. 37(6). Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822004000600020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt