

# Da Tumefação Lombar à Espondilodiscite Tuberculosa: Um Caso Clínico de Doença de Pott

## From Lumbar Swelling to Tuberculous Spondylodiscitis: A Case Report of Pott Disease

Sara Soares, Ana Lúcia Cardoso, Catarina Liz, Teresa Pena, Leonilde Machado  
Serviço de Pediatria e Neonatologia, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Acta Pediatr Port 2018;49:80-3  
DOI: 10.21069/APP.2018.10786

### Resumo

A doença de Pott, também conhecida por espondilodiscite tuberculosa, é uma doença rara. A sintomatologia é insidiosa e inespecífica, sendo os sintomas mais comuns a dor lombar, febre e perda ponderal. Apresenta-se o caso clínico de uma adolescente de 16 anos observada no serviço de urgência por tumefação na zona lombar esquerda com oito dias de evolução, associada a dor lombar e inguinal esquerda em deambulação. Analiticamente apresentava aumento da velocidade de sedimentação. Ecograficamente foi descrita uma lesão nodular volumosa, com áreas de aspeto quisto interno. A ressonância magnética evidenciou lesões sugestivas de espondilodiscite infecciosa em L1-L2, associada a abscesso intra-somático com componente intracanal epidural anterior, paravertebral anterior lateral direito, e exuberante abscesso paravertebral esquerdo com extensão desde D12-L1 até à região inferior da fossa ilíaca à esquerda, com extensão para os tecidos moles laterais à esquerda, condicionando a tumefação na superfície. O exame anatomopatológico do material drenado da lesão revelou *Mycobacterium tuberculosis*. A doença de Pott é uma situação potencialmente grave que, tal como outras formas de tuberculose extrapulmonar, constitui um desafio diagnóstico.

**Palavras-chave:** Adolescente; Discite; *Mycobacterium tuberculosis*; Tuberculose da Coluna Vertebral; Vértebras Lombares

### Abstract

Pott disease, also known as tuberculous spondylodiscitis, is a rare disease with an insidious and nonspecific presentation, most frequently with lumbar pain, fever and weight loss. The authors report the case of a 16-year-old female who came to the emergency department with lumbar swelling associated with lumbar pain and left inguinal pain on walking. Initial blood tests revealed increased sedimentation rate. Ultrasonography showed a large nodular lesion with internal cystic areas. Magnetic resonance imaging revealed lesions suggesting infectious spondylodiscitis in L1-L2, associated with an intrasomatic abscess, with anterior epidural intracanal and right lateral anterior paravertebral components, as well as a large left paravertebral abscess from T12-L1 to the lower part of the iliac fossa, extending to left soft tissues, causing surface swelling. Complementary investigation documented the presence of *Mycobacterium tuberculosis* in caseous material. Pott disease is a potentially serious condition which, like other types of extrapulmonary tuberculosis, represents a diagnostic challenge.

**Keywords:** Adolescent; Discitis; Lumbar Vertebrae; *Mycobacterium tuberculosis*; Tuberculosis, Spinal

### Introdução

A doença de Pott, também conhecida por espondilodiscite tuberculosa, é uma doença rara, correspondendo a 1%-2% dos casos totais de tuberculose.<sup>1,2</sup> Foi descrita pela primeira vez em 1779 pelo um cirurgião inglês Percivall Pott, como a tríade sintomática de escoliose, abscesso e paraplegia. O seu tratamento só se iniciou a partir de 1944 com a descoberta da estreptomina por Waksman, nos EUA.<sup>3</sup>

A localização da doença no sistema osteoarticular deve-se à disseminação linfohematológica do bacilo de Koch, ou eventualmente à disseminação por continuidade, dada a proximidade da coluna vertebral e da pleura quando afetada pela doença.<sup>4</sup>

O início da sintomatologia é insidioso e inespecífico, sendo os sintomas mais comuns a dor lombar, febre e perda ponderal. Os sintomas neurológicos estão presentes em 50% dos casos e existe o risco de destruição e deformidade óssea com compressão medular, podendo resultar em paraplegia.<sup>1,2</sup>

O diagnóstico deve ser o mais precoce possível, de modo a iniciar-se rapidamente o tratamento e a evitarem-se as complicações mais graves e irreversíveis.

Os autores apresentam o caso clínico de uma adolescente que na presença de uma tumefação lombar inespecífica foi internada para investigação etiológica, tendo

sido diagnosticada doença de Pott com um abscesso paravertebral extenso. O correto diagnóstico e tratamento atempado evitaram complicações, nomeadamente a afetação neurológica.

## Caso Clínico

Uma adolescente de 16 anos, previamente saudável, nascida e residente em Portugal, foi observada no serviço de urgência por tumefação na zona lombar esquerda, com oito dias de evolução, dolorosa apenas à palpação, sem história de traumatismo. Associava-se a dor lombar e inguinal esquerda quando em deambulação. Negava febre, tosse, astenia, perda ponderal ou suores noturnos. Não havia referência a infeções recentes e/ou conviventes doentes. Não havia referência a antecedentes pessoais relevantes, nomeadamente viagens para o estrangeiro ou contacto com indivíduos doentes ou que tivessem viajado. Tinha o programa nacional de vacinação atualizado para a idade, sem vacinas fora deste plano.

No exame objetivo, a adolescente tinha bom estado geral. Apresentava uma tumefação lombar esquerda, endurecida, aderente aos planos profundos de aproximadamente 10 cm, dolorosa à palpação. Não foram identificadas outras alterações no exame físico.

Analiticamente apresentava aumento dos fatores inflamatórios, nomeadamente da velocidade de sedimentação (55 mm). Realizou ecografia, que revelou uma lesão nodular volumosa, com áreas de aspeto quisto interno. Foi decidido o internamento no serviço de pediatria para investigação etiológica. A ressonância magnética (RM) evidenciou lesões sugestivas de espondilodiscite infecciosa em L1-L2, associada a abscesso intra-somático com componente intracanalicular epidural anterior, paravertebral anterior lateral direito, e a exuberante abscesso paravertebral esquerdo com extensão desde D12-L1 até à região inferior da fossa ilíaca esquerda, com extensão para os tecidos moles laterais esquerdos, condicionando a tumefação na superfície lombar (Fig. 1).

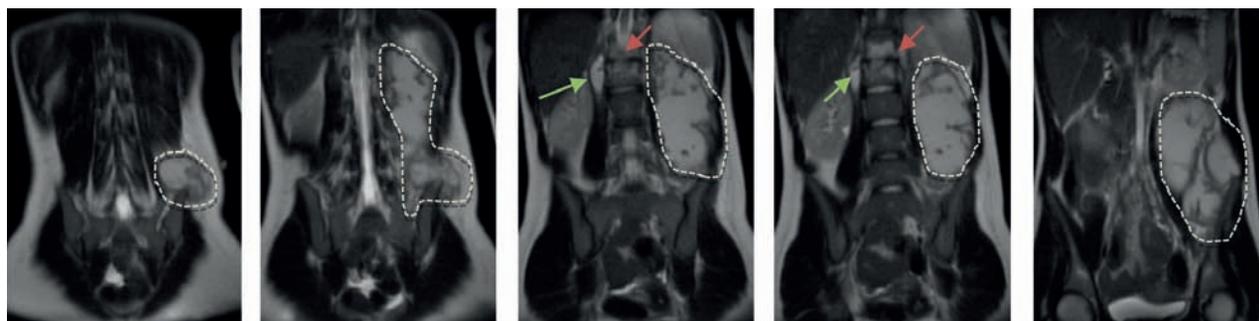
Perante a suspeita de tuberculose miliar ou brucelose, realizou-se uma prova de Mantoux, que foi anérgica, e radiografia de tórax, que não apresentava alterações. O resultado do *interferon gamma release assay* (IGRA) foi descrito como duvidoso. A pesquisa de anticorpos imunoglobulinas (Ig) G e M para *Brucella* foram negativos, assim como de anticorpos para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), tendo sido excluída coinfeção. Foi realizada a biópsia aspirativa da tumefação guiada por ecografia, cujo exame direto foi inconclusivo, mas o exame anatomopatológico revelou a presença do complexo *Mycobacterium tuberculosis*. Não foram realizados outros exames diagnósticos, nomeadamente pesquisa no suco gástrico ou aspirado broncoalveolar.

Iniciou empiricamente antituberculosos (isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida) e foi transferida para o serviço de ortopedia para definir a estratégia terapêutica. Foi colocado um dreno guiado por tomografia computadorizada (TC) no abscesso paravertebral, durante sete dias, tendo drenado o máximo de 700 mL. Foi feito o exame anatomopatológico desse material caseoso que confirmou a presença do complexo *Mycobacterium tuberculosis* multissensível.

A presença de abscesso de grandes dimensões é uma das indicações cirúrgicas nos casos de doença de Pott. Assim, a doente foi submetida a discectomia, desbridamento da plataforma superior de L2 e drenagem de abscesso lateral esquerdo, com artrodese L1-L2 com enxerto colhido do ilíaco, quatro semanas após iniciar a terapêutica farmacológica. Não foi realizado novo estudo direto ou anatomopatológico do exsudado.

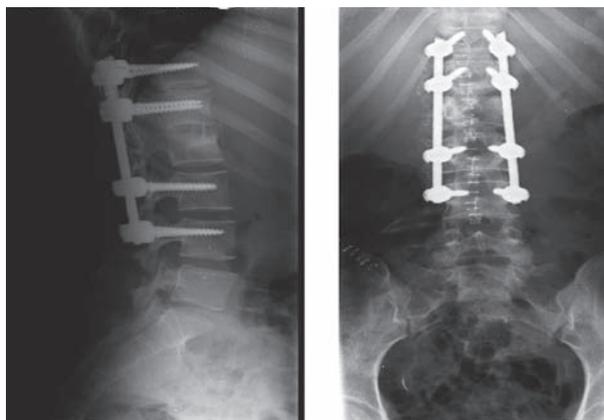
No pós-operatório foi detetada anemia normocítica normocrómica (hemoglobina 8,6 g/dL) pelo que iniciou suplementação com ferro oral em doses terapêuticas. Sem outras intercorrências, realizou radiografias da coluna (Fig. 2) e TC abdominal para controlo do posicionamento das peças cirúrgicas e exclusão de conflito neuromeningeo ou osteólise associada.

Teve alta 15 dias após a intervenção cirúrgica, com a indicação de utilizar um colete de Jewett durante seis meses,



**Figura 1.** Imagens de ressonância magnética: Lesões de espondilodiscite infecciosa em L1-L2 (seta vermelha), abscesso intra-somático (seta verde) e abscesso paravertebral esquerdo exuberante (linha picotada branca).

manter terapêutica quadrupla por dois meses e manter terapêutica dupla (isoniazida e rifampicina) durante 10 meses. Durante o internamento foi observada por oftalmologia; uma vez que não foram detetadas alterações oftalmológicas com a utilização do etambutol, não foi mantido seguimento nesta área.



**Figura 2.** Radiografia da coluna após cirurgia.

O seguimento clínico, analítico e radiológico foi feito na consulta externa de pediatria e ortopedia. Até a data, mantém-se assintomática, com normalização dos parâmetros inflamatórios e da hemoglobina (sob terapêutica com ferro) e estabilização radiológica. Não foi documentada qualquer toxicidade relacionada com os fármacos antituberculosos. Após realizada a declaração obrigatória, a família foi referenciada para o Centro de Diagnóstico Pneumológico de Penafiel, para realização do rastreio. Após investigação familiar foi encontrado o caso índice, um tio materno tratado para tuberculose pulmonar um ano antes deste episódio.

## Discussão

A espondilodiscite tuberculosa é a forma mais comum de tuberculose óssea, correspondendo a aproximadamente 50% dos casos.<sup>1,2</sup> A inflamação geralmente inicia-se na porção anterior dos ligamentos intervertebrais, progride posteriormente afetando os corpos vertebrais e discos intervertebrais.<sup>1-3</sup> Afeta principalmente as vértebras torácicas inferiores e as lombares superiores. No processo de osteomielite, o tecido do disco avascular necrosa, o que condiciona o estreitamento vertebral e posteriormente o seu colapso. Este processo resulta na formação da cifose típica da doença, que deforma o canal da espinal medula, possibilitando a compressão da mesma com os consequentes sintomas neurológicos.<sup>5</sup> A paraplegia pode também resultar da presença de osteófitos ou de outras alterações degenerativas. Na espon-

dilodiscite tuberculosa, a presença de um abscesso paravertebral também é comum, geralmente assintomático.<sup>5</sup> O sintoma mais comum é a dor lombar, que vai progredindo ao longo do tempo, podendo-se associar a rigidez e espasmos musculares.<sup>1,2</sup> A presença de sintomas constitucionais, nomeadamente febre e perda ponderal, também é comum.<sup>6-10</sup> Nas crianças a primeira manifestação pode ser a escoliose.<sup>11</sup> Os sintomas neurológicos são evolutivos, desde as parestesias, perda da força muscular a paraplegia.

O diagnóstico pode ser difícil de se estabelecer e é geralmente atrasado. Radiologicamente, os achados são inespecíficos e incluem desmineralização dos corpos vertebrais e afetação dos tecidos moles. A afetação de múltiplas vértebras é típica da doença de Pott.<sup>11</sup> Na existência de um abscesso, este deve ser biopsado para exame histopatológico e cultural. Os exames de imagem, nomeadamente a RM, estão indicados para o diagnóstico e melhor caracterização da extensão e complicações da doença.

Analicamente pode existir uma anemia normocítica normocrômica em 50% dos doentes com tuberculose miliar, sendo outras alterações inespecíficas e mais raras.<sup>1,2</sup>

Em todos os doentes deve ser realizada a radiografia de tórax, a reação álcool-ácida resistente e cultura do esputo e a prova de Mantoux.<sup>11</sup> Esta última é frequentemente anérgica nos doentes com tuberculose miliar.<sup>12</sup> O tratamento deve ser iniciado o mais rapidamente possível, de forma empírica assim que haja suspeita diagnóstica. Deve ser utilizado por um período mais prolongado de tempo nas crianças, doentes imunodeprimidos, na presença de doença extensa ou com resposta biológica ou microbiológica lenta.<sup>1,2,13</sup> A duração do tratamento ainda não está bem estabelecida na literatura, mas sabe-se que a utilização de rifampicina permite cursos de terapêutica mais curtos.<sup>11</sup>

A cirurgia está indicada nos casos em que há doença espinal e défices neurológicos graves, doença espinal e agravamento progressivo dos sintomas neurológicos aquando terapêutica adequada, doença espinal e cifose superior a 40 graus, ou presença de abscesso paravertebral.<sup>14,15</sup> Várias técnicas cirúrgicas estão descritas na literatura.

A vigilância da resposta terapêutica é essencial, nomeadamente a evolução das manifestações clínicas, como a dor, sintomas constitucionais, mobilidade e alterações neurológicas. A utilização dos marcadores inflamatórios para avaliação da resposta terapêutica é limitada.<sup>11</sup> A realização de radiografias em série não é útil para avaliação da evolução do tratamento, uma vez que estas lesões ainda podem progredir durante o tratamento. É

importante a vigilância de material cirúrgico, de modo a detetar precocemente conflito neuromeningeo ou osteólise associada.

Em relação ao prognóstico, este varia conforme o grau de disfunção motora e sensitiva, sendo tanto melhor quando mais atempados forem o diagnóstico e tratamento.<sup>16</sup>

Em conclusão, a doença de Pott é uma situação potencialmente grave que, tal como outras formas de tuberculose extrapulmonar, constitui um desafio diagnóstico. Apesar da prevalência da tuberculose ter vindo a diminuir no nosso país, este diagnóstico deve ser sempre ponderado, uma vez que a instituição precoce do tratamento é decisiva para o prognóstico.

#### O QUE ESTE CASO ENSINA

- A doença de Pott, ou espondilodiscite tuberculosa, é uma manifestação extrapulmonar rara da tuberculose, principalmente em idade pediátrica.
- O início da sintomatologia é insidioso e inespecífico, sendo os sintomas mais comuns a dor lombar, febre e perda ponderal.
- O tratamento com antituberculosos e, se necessário, cirurgia, devem ser iniciados o mais precocemente possível, de modo a evitar as complicações mais graves e irreversíveis.
- As crianças, pelo seu potencial de crescimento, devem ser vigiadas regularmente, de modo a evitar complicações de aparecimento tardio.

#### Conflitos de Interesse

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

#### Fontes de Financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

#### Proteção de Pessoas e Animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

#### Confidencialidade dos Dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

#### Agradecimentos

À Dra. Ângela Machado, Dra. Lucília Vieira, Dra. Sónia Lira, Dra. Sandra Teixeira e Dr. Carlos Sousa pelo apoio dado na redação do artigo.

#### Correspondência

Sara Soares  
sara.m.m.soares@gmail.com  
Avenida do Hospital Padre Américo 210, 4564-007 Guilhufe, Portugal

**Recebido:** 13/04/2017

**Aceite:** 09/09/2017

#### Referências

- Bernardo J. Clinical manifestations, diagnosis, and treatment of extrapulmonary and miliary tuberculosis [consultado em 31 de março de 2017]. Disponível em: <http://www.uptodate.com>
- Bernardo J. Epidemiology and pathology of miliary and extrapulmonary tuberculosis [consultado em 31 de março de 2017]. Disponível em: <http://www.uptodate.com>
- Sternbach G. Percivall Pott: tuberculous spondylitis. *J Emerg Med* 1996;14:72-83.
- Cabral M, Azevedo B, Montenegro L, Montenegro R, Lima A, Schinder H. Espondilite tuberculosa em adolescente. *J Bras Pneumol* 2005;31:261-4.
- Teo HE, Peh WC. Skeletal tuberculosis in children. *Pediatr Radiol* 2004;34:853-60.
- Asada Y, Hayashi T, Sumiyoshi A, Aburaya M, Shishime E. Miliary tuberculosis presenting as fever and jaundice with hepatic failure. *Hum Pathol* 1991;22:92-4.
- Lintin SN, Isaac PA. Miliary tuberculosis presenting as adult respiratory distress syndrome. *Intensive Care Med* 1988;14:672-4.
- Brusko G, Melvin WS, Fromkes JJ, Ellison EC. Pancreatic tuberculosis. *Am Surg* 1995;61:513-5.
- Gowrinath K, Ashok S, Thanasekaran V, Rao KR. Tuberculous cholecystitis. *Int J Tuberc Lung Dis* 1997;1:484-5.
- Ramesh J, Banait GS, Ormerod LP. Abdominal tuberculosis in a district general hospital: A retrospective review of 86 cases. *QJM* 2008;101:189-95.
- McDonald M, Reyn CF, Baron EL. Skeletal tuberculosis [consultado em 31 de março de 2017]. Disponível em: <http://www.uptodate.com>
- Mert A, Bilir M, Tabak F, Ozaras R, Ozturk R, Senturk H, et al. Miliary tuberculosis: Clinical manifestations, diagnosis and outcome in 38 adults. *Respirology* 2001;6:217-24.
- American Thoracic Society. Medical section of the American Lung Association: Treatment of tuberculosis and tuberculosis infection in adults and children. *Am Rev Respir Dis* 1986;134:355-64.
- Khoo LT, Mikawa K, Fessler RG. A surgical revisit of Pott distemper of the spine. *Spine J* 2003;3:130-45.
- Kim YT, Han KN, Kang CH, Sung SW, Kim JH. Complete resection is mandatory for tubercular cold abscess of the chest wall. *Ann Thorac Surg* 2008;85:273-7.
- Falcetta FS, Pizzol A, Assmann JB, Giustina AD, Franzoi M, Georg AE, et al. Mal de Pott: Uma doença milenar em um novo século. *Rev HCPA* 2009;29:170-3.