

## Mal de Pott em Criança de 15 Meses

CRISTINA MIGUEL, GABRIEL FERREIRA, FRANCISCO MIRANDA, ANTÓNIO OLIVEIRA,  
 AMADEU GERALDES, JORGE SEABRA, GONÇALVES OLIVEIRA

*Serviço de Pediatria – Hospital S. João de Deus, Vila Nova de Famalicão*  
*Serviço de Ortopedia – Hospital Geral Santo António, Porto*

### Resumo

A tuberculose da coluna vertebral descrita pela primeira vez por Percival Pott e desde então associada ao seu nome, é uma doença de desenvolvimento lento, caracterizada por dor, deformidade vertebral e por vezes paralisia.

Um alto índice de suspeição, assim como um tratamento precoce e adequado são necessários na abordagem da tuberculose vertebral.

Os autores apresentam um caso clínico de uma criança com 15 meses de idade com tuberculose vertebral, apresentando cifose e paraparesia no momento do diagnóstico.

**Palavras-Chave:** Tuberculose da coluna vertebral, cifose, paraparesia.

### Summary

#### Pott's Disease in 15 Months Old Children

Spinal tuberculosis, first described by Percival Pott, and henceforth associated to his name, is a slow development disease, whose symptoms are pain, spinal deformity and sometimes paralysis.

A high index of suspicion, a timely and proper treatment are required when dealing with this illness.

The authors present a clinical case of a fifteen-month-old child suffering for spinal tuberculosis whom kyphosis and paraparesia was diagnosed.

**Key-Words:** Spinal tuberculosis, kyphosis, paraparesia.

### Introdução

A espondilodiscite de etiologia tuberculosa, vulgarmente designada como Mal de Pott, é de extrema raridade nos países desenvolvidos, apesar de se tratar da forma mais frequente de infecção osteoarticular pelo bacilo de Koch <sup>(1, 2)</sup>.

Tem-se observado um evidente declínio nos últimos anos na incidência da tuberculose óssea e articular. No entanto, constitui uma das principais causas de morte e incapacidade em muitos países da África e Ásia, resultado das más condições socioeconómicas e do estado imunitário das populações <sup>(2)</sup>. Sabemos que mesmo nos países desenvolvidos a tuberculose está longe de ter desaparecido. Segundo estudos efectuados, a sua prevalência

e incidência tem mesmo aumentado, contribuindo para tal o aumento da imigração de populações oriundas de países com elevada prevalência de tuberculose, o declínio dos cuidados de saúde em determinadas comunidades e a coinfeção com o vírus da imunodeficiência humana <sup>(3, 4, 5)</sup>.

A tuberculose da coluna vertebral é caracterizada como uma doença de desenvolvimento lento, surgindo dor, deformidade e em determinadas ocasiões paralisia <sup>(6, 7)</sup>.

A maioria dos casos surge na primeira infância, entre os três e cinco anos de idade. Atinge, preferencialmente, a região dorsal inferior, por disseminação hematogénea, com atingimento do corpo de uma ou mais vertebrae, com destruição óssea e disseminação articular. Como complicação pode surgir massa paraespinal <sup>(3, 8)</sup>.

Os autores apresentam um caso clínico de espondilodiscite tuberculosa em criança com 15 meses de idade.

### Caso Clínico

S. A. V., sexo feminino, 15 meses de idade, internada no Hospital de Famalicão para estudo de atraso estatura-ponderal: peso 7800 gr ( $P < 5$ ), estatura 70 cm ( $P < 5$ ) e o perímetro cefálico de 44,5 cm ( $P = 5$ ).

Gestação não vigiada, parto por cesariana, índice de Apgar 9/10 ao 1.º e 5.º minuto respectivamente e somatometria adequada à idade gestacional. Período neonatal sem intercorrências.

Internada no Centro de Ruilhe – Braga, (Instituição Privada de Solidariedade Social destinada ao acolhimento de crianças desprotegidas) desde os três meses de idade, por abandono materno.

Iniciou vacinação (DTP e VAP) aos três meses de idade, não tendo efectuado imunização pelo BCG.

À data de internamento apresentava irritabilidade, hipersudorese, palidez, apirexia, tumefacção dorsal a nível de D7 e D8 com cifose (Fig. 1) e paraparésia.



FIG. 1 – Tumefacção dorsal.

Exames complementares de diagnóstico: hemograma normal (leucócitos-11.400  $\text{mm}^3$ , neutrófilos-51%); função renal e hepática normais; P.C.R.-0,6 mg/dl, velocidade de sedimentação-44  $\text{mm}/1.^{\text{a}}$  hora; FTA-ABS-1/640; sedimento urinário, hemoculturas e uroculturas negativas, citoquímica, bacteriológico e VDRL no liquor negativos.

A prova de Mantoux (5UT) foi positiva (induração de 12 mm às 72 h). Pesquisa de BK no suco gástrico e urina negativa. Serologia de hepatite B, C, HIV 1 e HIV 2 negativas.

A radiografia de tórax mostrou imagem oval medias-tínica retrocardíaca (Fig. 2) e cifose dorsal. A ecografia abdominal e as radiografias dos ossos longos não mostraram alterações.

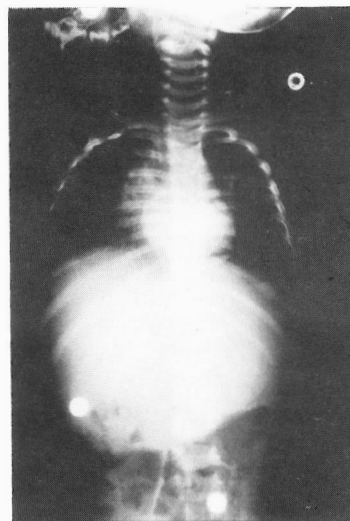


FIG. 2 – Radiografia do tórax: imagem oval medias-tínica retrocardíaca.

A tomografia axial computadorizada revelou hipercifose dorsal com destruição e achatamento completo de D7 e deformação cuneiforme de D8. Massa paravertebral em relação com processo infeccioso.

Mediante serologia compatível com sífilis congénita, fez tratamento com penicilina procaínica (50000 U/Kg/ /dia) durante 10 dias.

Perante o diagnóstico de espondilodiscite de provável etiologia tuberculosa, iniciou terapêutica com tuberculostáticos (isoniazida, rifampicina, pirazinamida, estreptomomicina).

Ao 12.º dia de terapêutica foi transferida para o Serviço de Ortopedia do Hospital Geral de Sto. António. Efectuada ressonância magnética que revelou massa volumosa dorsal paravertebral, com destruição de D7 e D8 e achatamento de D6, salientando-se acentuada compressão medular (Figs. 3 e 4).



FIG. 3 – RMN: massa volumosa dorsal paravertebral, com destruição de D7 e D8 e achatamento de D6.

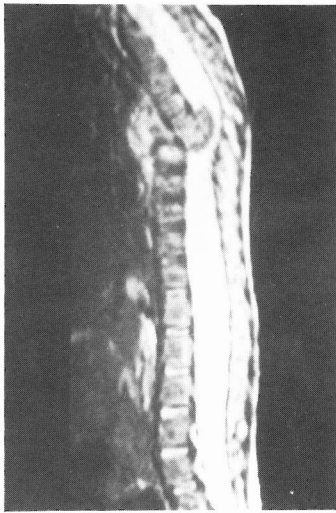


FIG. 4 – RMN: compressão medular.

Ao 20.º dia de terapêutica foi submetida a toracotomia direita com exérese da 7.ª costela, drenagem do abscesso paravertebral e colocação de enxerto de D6 a D9. Ziehl-Neelsen da massa paravertebral positivo. Colocado colete gessado para estabilização no oitavo dia de pós-operatório.

Ao 12.º dia de pós-operatório apresenta recuperação da paraparesia, tendo os potenciais evocados dos membros inferiores revelado integridade funcional das vias somato-sensitivas estudadas.

### Discussão

A tuberculose óssea ocorre secundariamente à disseminação linfohematogénea a partir de uma infecção pulmonar primária, com posterior reactivação local (7).

Evidência radiográfica de tuberculose pulmonar está presente em menos de 50% dos casos no momento do diagnóstico (7, 8). No caso apresentado não existiam sinais clínicos ou radiológicos, nem antecedentes documentados de tuberculose pulmonar.

Qualquer relação entre a espondilodiscite bacilar e a sífilis congénita nesta doente, parece inverosímil. Documentou-se a descida do título de FTA-ABS após penicilino-terapia (1/160).

A doença primária pode ser subclínica e a tuberculose óssea surgir 1 a 3 anos após a infecção primária (6, 7).

Neste caso surpreende o aparecimento da lesão vertebral aos 15 meses de idade, sugerindo a precocidade da infecção bacilar e a rapidez de evolução. Não foi possível identificar a fonte de contágio, e a prova tuberculínica foi negativa em todos os contactos. No entanto, estudos epidemiológicos demonstram que a tuberculose na idade pediátrica resulta em mais de 90% dos casos de exposição familiar (7).

Nesta criança o diagnóstico foi feito quando já estávamos perante uma destruição dos corpos vertebrais com atingimento do disco intervertebral e na presença de massa paraespinal, condicionando o comprometimento neurológico.

O diagnóstico foi inicialmente sugerido pela presença de cifose dorsal e corroborado pela presença de alergia tuberculínica e estudo imagiológico sugestivo de espondilodiscite. A presença do bacilo de Koch na massa paravertebral confirmou o diagnóstico.

O tratamento deverá iniciar-se o mais precocemente possível e segundo a Academia Americana de Pediatria é recomendada o tratamento durante 12 meses, pelo menos com isoniazida e rifampicina suplementada nos primeiros 2 meses com pirazinamida (7). Discute-se o interesse da introdução de uma 4.ª droga, estreptomina, durante os primeiros 2 meses de tratamento ou até serem conhecidas as sensibilidades aos antibióticos (1, 9).

O atingimento neurológico com paraparesia, é uma situação que raramente surge devido ao diagnóstico precoce e ao rápido e efectivo tratamento inicial (1). No caso apresentado a paraparesia estava presente no momento do diagnóstico.

Persiste actualmente controvérsia quanto à indicação cirúrgica na abordagem terapêutica inicial. O défice neurológico não é só por si indicação absoluta para a intervenção cirúrgica, a não ser que se mantenha após 3 meses de terapêutica médica (1, 10).

Indicação cirúrgica formal têm as situações que cursam com compressão medular por angulação, ponte óssea ou sequestro (2, 8, 11).

No caso apresentado a cirurgia decorreu sem complicações, tendo tido uma boa evolução no pós-operatório. Aos 17 meses de idade apresenta discreta cifose, sem lesão neurológica. Ainda não adquiriu a marcha e não se segura com apoio.

Agradecimento: Ao Serviço de Pediatria do Hospital Geral de Santo António, pela sua colaboração.

### BIBLIOGRAFIA

1. Zlitini M, Kassab MT. Spondylodiscites tuberculeuse. *Encycl. Méd. Chir. (France)*. 15852 A10, 4-1988, 1-14.
2. Mercer W, Duthie RB. *Orthopaedic Surgery*. 2nd. Edward Arnold. London, 1977.
3. Starke JR, Jacobs RF, Jereb J. Resurgence of tuberculosis in children. *J Pediatr* 1992; 120: 839-55.
4. Carapau J. Tuberculose - Doença social. *Acta Pediatr Port* 1996; 27: 589-90.
5. Driver CR, Luallen JJ, Good HE, Valway SE, Frieden TR, Onorato IM. Tuberculosis in children younger than five years old: New York City. *Pediatr Infect Dis* 1995; 14: 112-7.
6. Cremin BJ. Tuberculosis: the resurgence of our most lethal disease. *Pediatr Radiol* 1995; 25: 620-6.

7. Vallejo JG, Ong LT, Starke JR. Tuberculosis osteomyelitis of the long bones in children. *Pediatr Infect Dis* 1995; 14: 542-6.
8. Cremin BJ, Jamieson DH, Hoffman EB. CT and MR in the management of advanced spinal tuberculosis. *Pediatr Radiol* 1993; 23: 298-300.
9. Starke JR, Jacobs RF, O'Brien RJ. Chemotherapy for tuberculosis in infant and children. *Pediatrics* 1992; 89: 161-5.
10. William J, Gillespie WJ, Nade S. Musculoskeletal infections. Blackwel. London, 1987.
11. Nussbaum ES, Rockswold GL, Bergman TA, Erickson DL, Seljeskog EL. Spinal tuberculosis: a diagnostic and management challenge. *J Neurosurg* 1995; 83: 243-7.

*Correspondência:* Cristina Miguel  
Hospital S. João de Deus  
Vila Nova de Famalicão