



OSTEOMIELEITE VERTEBRAL, INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA E MANEJO CLÍNICO: RELATO DE CASO

*Vinicius Silva; Nathalia Freitas; Mariana Mansour; Thamiris Azevedo;
Alexia Soares; Bianca Silva.*

Unifoa – Centro Universitário de Volta Redonda.

Introdução: A Osteomielite se refere à infecção do tecido ósseo, sendo chamada de espondilodiscite, quando se trata do processo infeccioso no disco vertebral e dos corpos vertebrais adjacentes. O início das manifestações clínicas pode ser abrupto ou tardio, dependendo da agressividade do microrganismo, da resposta imunológica e da idade do paciente.

Objetivos: Relatar e discutir o caso clínico da paciente A.M.S.R., 37 anos, com quadro clínico de dor em coluna torácica, sendo firmado o diagnóstico de osteomielite vertebral.

Relato da experiência: A.M.S.R., masculino, 37 anos, natural de Volta Redonda, portador de doença de Crohn, em tratamento com imunossupressor, e psoríase. Admitido na Santa Casa de Misericórdia de BM, em 08/03/15, com queixa de “dor nas costas”, há 02 meses e piora expressiva do quadro álgico, nos últimos 30 dias. Nega trauma, febre ou perda ponderal. Ao exame físico, se encontrava em bom estado geral, ectoscopicamente em posição cifótica (presença de gibosidade torácica), com lesões psoriásicas, principalmente em áreas de dobras. Solicitado exames laboratoriais, que não evidenciaram alterações significativas e HLA-B27, negativo. Realizado Raios-X de coluna torácica que evidenciou lesão no disco intervertebral T6-T7, com erosões do osso subcondral de T6 e T7 e áreas de esclerose. Abscesso paravertebral, estendendo-se até o nível de T11. Compatível com espondilite tuberculosa. Solicitado RNM, cujo laudo evidenciou espondilodiscite em T6 e T7, com infiltração paravertebral e epidural e mielopatia compressiva. Mediante exames, foi solicitado parecer para neurocirurgia que contra indicou biopsia óssea por haver estreita relação com a medula e chance de disseminação da infecção por continuidade. Resultado de hemocultura colhida no momento da admissão: *Staphylococcus aureus* MRSA.

Resultados: Mediante exames radiológicos e laboratoriais, foi fechado o diagnóstico de espondilodiscite estafilocócica. Iniciado tratamento com Vancomicina 2 g/dia, indicado uso de colete tóraco-lombar de Putti e sessões diárias de fisioterapia motora. Paciente evoluiu de forma satisfatória, com melhora expressiva do quadro algíco. Exames laboratoriais de controle sem alterações.

Conclusão: Na espondilodiscite, a principal via de infecção é a hematogênica, sendo a etiologia principal a infecção por estafilococos em 40-60% dos casos, destacando-se o *Staphylococcus aureus*, por produzir a enzima coagulase. As consequências da doença podem ser desastrosas, principalmente quando se compromete a coluna espinhal. O extenso comprometimento ósseo produz instabilidade, deformidade e risco de compressão espinhal. O diagnóstico clínico é dificultado pela inespecificidade dos sintomas e pela baixa incidência que consiste em dor na coluna vertebral, de carácter inflamatório, estando associada ou não a febre. Aqui é descrita a ocorrência de uma infecção à distância na coluna vertebral, já que pela história, imagens radiológicas e evolução clínica foi possível a exclusão de fratura ou tumor, tendo então levantado as seguintes hipóteses diagnósticas: Mal de Pott, Espondilite Anquilosante, Artrite psoriática, manifestação extraintestinal da Doença de Crohn e Espondilodiscite. Com base na RNM e confirmado pela hemocultura, fechou-se o diagnóstico de um quadro infeccioso acometendo as vértebras torácicas, Espondilodiscite Estafilocócica, tendo então iniciado tratamento com antibioticoterapia guiada por cultura, com evolução satisfatória do paciente.

Palavras-chave: Dor; espondilodiscite; *staphylococcus aureus*.

REFERÊNCIAS

GENTA, P. R *et al.* Bacterial Spondylodiscitis. **Med Gen Med**, v. 2, n. 1, 2000 [formerly published in *Medscape Orthopaedics & Sports Medicine e Journal* 4(1), 2000].

KAPSALAKI, E. *et al.* Spontaneous spondylodiscitis: presentation, risk factors, diagnosis, management, and outcome. **Int J Infect Dis**, v. 13, n. 5, p. 564-569, 2009.

VICENTE, L. *et al.* Espondilodiscites piogénicas. **Rev Port Doen Infec**, v. 2, p. 5-10, 2003.

viniciusfreiresilva@gmail.com