

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

Camila Salgado França

Láiza Monhol Fazolo

Mal de Pott: um relato de caso e revisão da literatura

Duque de Caxias

2019

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

Camila Salgado França

Láiza Monhol Fazolo

Mal de Pott: um relato de caso e revisão da literatura

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho
de Conclusão de Curso II como um dos requisitos
para a conclusão do Curso de Medicina.

Orientador: Fernanda Nigri de Almeida

Duque de Caxias

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UNIGRANRIO – NUCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS

F814m França, Camila Salgado.

Mal pott: um relato de caso e revisão da literatura / Camila Salgado França, Láiza Monhol Fazolo. – Duque de Caxias, 2019.
25 f.: il. ;30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Medicina) – Universidade do Grande Rio "Prof. José de Souza Herdy", Escola de Ciências da Saúde, 2019.

"Orientadora: Prof. Fernanda Nigri de Almeida".

Bibliografia: f. 22-23.

1. Medicina. 2. Tuberculose da coluna vertebral. 3. Abscesso do Psoas. I. Fazolo, Láiza Monhol. II. Almeida, Fernanda Nigri de. III. Universidade do Grande Rio "Prof. José de Souza Herdy. IV. Título.

CDD – 610

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

Camila Salgado França

Láiza Monhol Fazolo

Mal de Pott: um relato de caso e revisão da literatura

Aprovado pela banca:

Prof. Ânia Andoro e Andoro

Prof. Camilo Lelis C. Junqueira

Em 30 de junho 2019



Duque de Caxias

2019

*Aos nossos pais,
nossos exemplos e nossa inspiração.*

AGRADECIMENTOS

Encerramos mais um ciclo da nossa jornada e chegamos ao momento de agradecer a todos que fizeram parte dessa história.

Primeiramente a Deus, por sua fidelidade e por permitir a conclusão dessa etapa e nos sustentar em todo tempo.

Aos nossos pais, pelo amor e dedicação, por embarcar nessa viagem e sonhar o mesmo sonho que a gente.

A Lidia e Wesley pelo apoio nos momentos difíceis, compreensão nos momentos ausentes, companheirismo nos momentos felizes.

A Fernanda, nossa orientadora, por nos auxiliar nesse trabalho, por estar sempre disponível a sanar dúvidas e nos orientar.

Aos nossos professores, por compartilhar muito além de conhecimentos teóricos, transmitindo valores éticos, sendo fundamental em nossa formação médica.

Aos nossos amigos, pelas boas risadas, por dividir os momentos difíceis, comemorar as pequenas vitórias e fazer essa caminhada mais leve.

"É parte da cura o desejo de ser curado."

Sêneca

"Só se pode alcançar um grande êxito quando nos mantemos fiéis a nós mesmos."

Friedrich Nietzsche

RESUMO

A tuberculose vertebral é a forma mais comum e perigosa da tuberculose óssea, o que tornam urgentes medidas para suspender a evolução da destruição e deformidade e para prevenir e superar a paraplegia, que é a ameaça imediata mais grave. Apesar de o envolvimento espinhal ocorrer em menos de 1% dos pacientes com tuberculose, tem sido observado aumento crescente dessa forma de apresentação da doença. É uma doença negligenciada, subdiagnosticada e muitas vezes abordada tardiamente. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, dependendo da natureza do caso e também das facilidades ortopédicas disponíveis. Neste trabalho relatamos um caso de um paciente jovem com diagnóstico de tuberculose vertebral.

Palavras chaves: mal de Pott, tuberculose vertebral, abscesso de psoas.

ABSTRACT

Vertebral tuberculosis is the most common and dangerous form of bone tuberculosis, which make urgent measures to suspend the evolution of destruction and deformity and to prevent and overcome paraplegia, which is the most serious immediate threat. Although spinal involvement occurs in less than 1% of patients with tuberculosis, a growing increase in this form of disease presentation has been observed. It is a neglected, underdiagnosed disease and often approached late. Treatment may be conservative or surgical, depending on the nature of the case and also of the orthopedic facilities available. In this work we report a case of a young patient with a diagnosis of vertebral tuberculosis.

Key words: Pott's disease, vertebral tuberculosis, psoas abscess.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ADA Adenosina Desaminase

BAAR Bacilo Álcool ácido resistente

BK Bacilo de Koch

DATASUS Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

FDA Food and Drug Administration

MP Mal de Pott

RIPE Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol

RNM Ressonância Nuclear Magnética

TB Tuberculose

TC Tomografia Computadorizada

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	10
2 - REFERENCIAL TEÓRICO	11
3 - OBJETIVOS	13
3.1 - Objetivos gerais	13
3.2 - Objetivos específicos	13
4 - MATERIAIS E MÉTODOS	14
4.1 - Relato de caso	14
5 - DISCUSSÃO	17
6 - CONCLUSÃO	21
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
8 - DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO	24

1. INTRODUÇÃO

O Mal de Pott (MP) é uma doença negligenciada em âmbitos de pesquisa e terapêutica, talvez pelo fato de acometer pessoas de baixo poder aquisitivo, principalmente em países em desenvolvimento, que pouco investem seus recursos em pesquisa, aprimoramento diagnóstico e tratamento eficaz. Sendo assim os pacientes são diagnosticados tardiamente, evoluem com quadro agressivo e as sequelas desta moléstia podem ser para toda a vida⁷.

Quanto mais precoce o diagnóstico, menores as chances de ocorrer complicações como cifose, estenose do canal vertebral e déficit neurológico permanente⁷. Entretanto essa prática nem sempre é possível, visto que a doença tem muitas vezes um quadro clínico inespecífico e também pela ausência de sintomas pulmonares em curso. Os sintomas clínicos na anamnese que sugerem MP devem contemplar o contato prévio com locais ou pessoas em áreas endêmicas de tuberculose (TB) e dor toracolombar crônica (especialmente em crianças).

Existem vários diagnósticos diferenciais, motivo o qual pode atrasar o diagnóstico precoce correto. As principais etiologias são: neoplásica, alterações vasculares, doença degenerativa (autoimune ou não), doenças genéticas, traumática, infecciosa, tóxico-metabólico-carencial e lesão raquimedular.

O atraso no diagnóstico é unânime e varia entre três e vinte meses, explicando a frequência de déficits neurológicos, que são encontrados em proporções de 20 a 40%⁶. Pode haver desde perda de força muscular e hipoestesia progressiva dos membros, até paraplegia ou tetraplegia espástica, com hiper-reflexia simétrica⁷.

O abscesso de psoas secundário, mais comum em adultos maiores de 50 anos, origina-se em sítios de infecção adjacentes¹³, sendo a coluna um dos sítios primordiais de infecção, podendo disseminar inferiormente, através da bainha do psoas ou do triângulo femoral e na região sacral, invadir o períneo ou glúteo através do forame isquiático maior.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A TB é uma das principais causas de morte entre as doenças infecciosas, com cerca de 1,8 milhões de óbitos anuais, segundo a Organização Mundial de Saúde⁶. Historicamente, houve três grandes períodos de epidemia de TB: no século XIX, a “peste cinza” acometeram 25% da população mundial; a segunda epidemia corresponde à síndrome expansiva da coinfeção HIV-TB; a terceira epidemia, por sua vez, trata-se da atual TB multidroga resistente⁷.

Dentre as diversas formas da doença, o MP é uma manifestação extrapulmonar da tuberculose, no qual há o envolvimento da coluna vertebral. O local mais acometido é a coluna torácica, seguida da coluna lombossacra e cervical com, respectivamente, 50%, 40% e 10% dos casos.

O nome Mal de Pott foi dado em homenagem ao cirurgião inglês Percivall Pott (1714-1788), sendo uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, no entanto o primeiro relato foi feito por Hipócrates em 450 a.C, entretanto existem descrições históricas da doença em múmias egípcias de 3.000 a.C⁴. A tuberculose vertebral era muito mais incidente e letal na era pré-antibiótica, quando o tratamento preconizado constava em ar fresco, repouso e boa nutrição⁹.

A primoinfecção por TB ocorre através da inalação de aerossóis contendo *M. tuberculosis*, na maioria dos casos durante a infância, quando a bacilemia leva à implantação de focos metastáticos da micobactéria em diversas localidades do organismo. O MP ocorre através da reativação desses focos hematogênicos ou linfaticamente metastizados para a coluna, acometendo preferencialmente articulações e ossos que sustentam peso. O foco metastático pode reativar-se imediatamente ou após anos de infecção latente⁷.

Durante a espondilodiscite tuberculosa, o quadro clínico não é muito específico. Os principais sintomas constitucionais incluem febre, perda de peso, mal-estar, fraqueza, sudorese noturna e dores pelo corpo⁷. O sintoma mais comum é dor crônica nas costas, bem localizada, com rigidez e espasmos musculares, deambulação comprometida, variando sua intensidade de acordo com sua causa, sendo as mais comuns: fraturas patológicas, compressão nervosa ou instabilidade da coluna. Pode manifestar-se como cifose de acordo com o número de vértebras acometidas⁷.

Quanto ao acometimento neurológico, os achados mais comuns são: perda de força muscular, hipoestesia progressiva dos membros, paraplegia ou tetraplegia espástica, hiper-reflexia simétrica. Alguns autores dividem a doença em 4 padrões diferentes: padrão paradiscal, mais de 50% dos casos, granuloma anterior, onde se forma abscessos frios, lesões apendicais, maiores taxas de lesões contíguas e discais, e lesões centrais, o acometimento neurológico mais frequente⁷.

Outra manifestação possível é o abscesso frio, que por sua vez, pode se manifestar através de uma massa palpável, de acometimento do músculo psoas e/ou nervoso. Seu crescimento é lento, insidioso e sua principal característica é a ausência de dor⁷, sendo assim a maioria dos casos são diagnosticados com evolução avançada.

O abscesso de psoas, apesar de raro, é uma patologia infecciosa importante devido a potencial ameaça à vida, mas devido a melhoria nas técnicas diagnósticas sua incidência vem aumentando, inclusive em países desenvolvidos, entretanto no Brasil não há dados atualizados a respeito de sua incidência, por ser uma doença negligenciada em âmbitos de pesquisa e terapêutica e pelo fato de acometer pessoas de baixo poder aquisitivo.

3. OBJETIVOS

3.1 - Geral:

Relatar um caso clínico de tuberculose extrapulmonar, mais especificamente o Mal de Pott e tendo como complicação principal a formação de um abscesso de psoas.

3.2 - Específico:

Revisar a literatura descrita com o intuito de alertar sobre a alta incidência de tuberculose, além do subdiagnóstico de suas formas extrapulmonares.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

As informações contidas neste trabalho sobre o caso foram obtidas por meio de revisão do prontuário e registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido. Para elaboração da revisão de literatura, foram pesquisadas publicações nas plataformas PubMed, UptoDate, Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde – BVS MS, Lilacs, Jornal Brasileiro de Pneumologia, Revista Unilus Ensino e Pesquisa, European Respiratory Journal. Os artigos foram selecionados a partir da data de publicação e/ou última revisão entre 2014-2018. Os artigos foram lidos na sua íntegra e apenas foram incluídos aqueles que possuem informações relevantes sobre o tema.

Usou-se a pesquisa por descritores em ciências da Saúde (DeCS) com os nomes Mal de Pott, Espondilite Tuberculosa, Tuberculose Óssea, Mal de Pott associado ao abscesso de psoas nas plataformas acima citadas, nas línguas portuguesa e inglesa. Os artigos selecionados tinham como línguas principais: inglês, espanhol, português e francês. Alguns dados da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde foram utilizados por serem clássicos no assunto, servindo de base para a introdução. Além disso, artigos de relatos de caso de Mal de Pott associado ao abscesso de psoas, anteriores a 2014, foram incluídos devido a baixa incidência e poucas publicações e materiais sobre o assunto pesquisado.

Nem todos os artigos que surgiram na busca foram utilizados nesta revisão. O principal critério de exclusão foi o fato de o tema principal do artigo não ser Mal de Pott ou Mal de Pott associado ao abscesso de psoas e revisões de literatura anteriores a 2014. Textos em livros de clínica médica e de patologia traduzidos para a língua portuguesa também foram usados para a confecção desta revisão.

4.1 - Relato de caso:

Este é um relato de caso de um paciente internado no Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro, na enfermaria de clínica médica durante nosso internato pela Universidade do Grande Rio.

Paciente de 40 anos, masculino, sem história de comorbidades prévias, pedreiro, ex-usuário de drogas não injetáveis, referindo que a mais de um ano, durante o serviço,

sofreu uma queda e evoluiu com hematoma de dorso. Relata que desde então, vem apresentando feridas com drenagem de secreção purulenta espontânea na região da bacia, em ambos as laterais. Além disso, surgimento de abaulamento em região dorsal bilateralmente, em região superior à esquerda e inferior à direita, com drenagem de secreção. Associado ao quadro, paciente apresentando febre, emagrecimento, prostração de longa data. Nos últimos 30 dias começou a apresentar paraparesia com limitação funcional. O paciente relata que no início dos sintomas, ao procurar serviço de saúde externo, foi suscitado de neoplasia óssea, devido a lesões em coluna.

Durante o atendimento, realizou Tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve, com contraste, que evidenciou presença de extenso abscesso de músculo psoas bilateral, com extensão para plano muscular e subcutâneo. Além disso, TC de coluna evidenciou lesões osteolíticas difusas com aspecto insuflante, associados a lesões fusiformes paravertebrais, sem comprometimento do canal raquidiano. Hemograma apresentou leucocitose igual a 24200, com 8% de bastões; Anemia. Anti-HIV foi negativo.

Solicitou-se inicialmente internação hospitalar, com antibioticoterapia empírica com ceftriaxone associada à oxacilina e clindamicina e fixação de drenos para drenagem do abscesso.

A primeira hipótese diagnóstica sugerida foi de mieloma múltiplo, devido aos achados sugestivos na TC de coluna, e com provável infecção secundária dos sítios vertebrais. Porém após investigação com eletroforese de proteínas foi descartado tal possibilidade, devido a incompatibilidade de resultados. Na eletroforese, quando observado hipogamaglobulinemia, que consiste na redução do nível das gamaglobulinas, geralmente sem alteração pronunciada nas outras regiões da globulina, é sugestiva da variante de cadeia leve do mieloma múltiplo. Há também o aumento dessa fração de forma monoclonal presente em doenças linfoproliferativas, tais como o mieloma múltiplo¹¹.

Paciente não apresentou boa resposta ao tratamento sendo necessária a troca dos antibióticos para meropenem e vancomicina. Além disso, foi coletada material de

abscesso para avaliação laboratorial, incluindo pesquisa de ADA, que posteriormente apresentou resultado positivo.

Clinicamente o paciente se mantinha emagrecido, afebril, dispneia aos médios esforços, apresentando ausculta pulmonar com murmúrio diminuído em parte inferior de hemitórax bilateral, percussão submaciça e dor pleurítica ventilatório dependente. Solicitado raio-x de tórax evidenciando derrame pleural lobulado, realizado toracocentese diagnóstica com análise do líquido demonstrando também ADA positivo.

Outra hipótese então aventada foi Mal de Pott, em decorrência de ser um paciente com quadro clínico de evolução lenta e morador de uma cidade endêmica para tb. No decorrer da investigação, foi solicitado biópsia incisional em região esternal, que evidenciou lesão inflamatória granulomatosa e necrose caseosa central, confirmando então a hipótese diagnosticada de tuberculose, com ausência de BAAR ou fungos e iniciado tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RIPE).

Paciente evoluiu com regular estado geral, dor lombar refratária a analgesia otimizada, associada a instabilidade postural toracolombar devido lesões líticas, o que ocasionou o achatamento do corpo vertebral, sendo solicitado ressonância magnética, pela neurologia para avaliação. Com bases nos resultados, foi prescrito colete Putti. Feita retirada de dreno do músculo psoas após 58 dias, evoluindo sem intercorrências.

Realizado tratamento com esquema RIPE por 60 dias, seguido de esquema RI. Paciente avaliado pela neurologia, que optou pelo tratamento conservador inicialmente, até terminar tratamento com RI, para posterior abordagem cirúrgica. Paciente seguiu com alta hospitalar (04/12/2018), estando orientado a manter repouso relativo sempre usando o colete Putti, proibido de manter atividades que exijam qualquer esforço físico, por tempo indeterminado. Seguiu em acompanhamento no ambulatório de neurocirurgia do Hospital Municipal Souza Aguiar.

5. DISCUSSÃO

A dificuldade em se fazer o diagnóstico precoce de tal afecção e a escassez de relatos de pacientes brasileiros portadores desta doença constituíram motivação para a apresentação do caso. O caso acima relatado é um desafio diagnóstico, por se tratar de paciente jovem sem comorbidades conhecidas e imunossupressão documentada, além de desconhecer contato íntimo com outro indivíduo com TB, que desenvolveu forma atípica de tuberculose extrapulmonar. MP como é conhecida a tuberculose da coluna vertebral acomete frequentemente dois ou mais corpos vertebrais adjacentes⁸.

O último relatório do Ministério da Saúde, divulgado em 2016, aponta que no Brasil, apesar do número de casos ter sido reduzido em cerca de 20% nos últimos 10 anos (passando de 38,7 casos/100 mil habitantes em 2006 para 30,9 casos/100 mil habitantes em 2015), ainda são notificados aproximadamente 70 mil casos novos de tuberculose e ocorrem 4,5 mil mortes em decorrência da doença¹. Segundo informações do DATASUS, no Brasil em 2018, foram tratados apenas 17854 pacientes, desses 2215 no Rio de Janeiro².

A tuberculose esquelética refere-se ao acometimento da TB dos ossos e/ou articulações. É uma doença antiga mais comum em pessoas com sistemas imunes danificados devido quimioterapia para câncer, velhice, diabetes mellitus, alcoolismo, desnutrição e abuso de drogas.

A incidência exata e a prevalência de MP não é conhecida para a maioria dos países. No entanto, assume-se ser proporcional à infecção pulmonar. Aproximadamente 10% dos pacientes com tuberculose extrapulmonar têm acometimento ósseo. A coluna vertebral é a área mais frequentemente afetada representando cerca de 50% de todos os casos de tuberculose esquelética³.

Clinicamente, na Doença de Pott o sintoma mais comum é a dor no local acometido, sendo o mais acometido a coluna torácica seguido de lombossacra e cervical, presente em 61% a 92% dos casos⁷, que aumenta em gravidade ao longo de semanas a meses, por vezes em associação com espasmo e rigidez musculares. O espasmo muscular pode se estender além da área doente. Sintomas constitucionais como febre e perda de peso estão presentes em menos de 40% dos casos¹⁰. Apesar da alta prevalência de dor, o paciente em estudo não apresentava tal sintoma inicialmente.

A dor que pode existir nessa doença tem variadas causas: fraturas patológicas, compressão nervosa (osteófitos), instabilidade da coluna e hérnia de disco são as mais comuns. No estudo, com o decorrer da evolução, o paciente apresentou início do quadro de dor, com piora progressiva além de instabilidade postural. Prescrito assim, repouso absoluto para evitar possíveis fraturas.

Os sintomas mais graves do MP são as complicações neurológicas, relatadas em 32% a 76% dependendo do estudo. O tipo de déficit neurológico é determinado pelo nível vertebral envolvido. E qualquer déficit não tratado a tempo pode evoluir para paraplegia ou tetraplegia³. Conforme exposto, o paciente apresentou paraparesia com limitação funcional, de início precoce e na fase ativa da doença, sendo o padrão de progressão mais comum no adulto.

O abscesso frio, por sua vez, pode se manifestar através de uma massa palpável, de acometimento do músculo psoas e/ou nervoso. O paciente apresentava abaulamento em região dorsal bilateralmente, em região superior à esquerda e inferior à direita, sugestivo de abscesso. Desse modo, a TC lombo-sacra demonstrou um abscesso do músculo psoas.

O diagnóstico etiológico da TB requer a identificação de BK em uma amostra biológica ou através de testes moleculares. No entanto, no MP a forte correlação entre os achados clínicos e radiológicos pode ser suficiente para estabelecer o diagnóstico. Assim, é crucial compreender o comportamento clínico da infecção e os achados radiológicos que caracterizam esta infecção.

Para iniciar a investigação diagnóstica, o paciente realizou TC de abdome, pelve e coluna cervical que demonstrou discreta redução dos espaços discais C4-C6, extensas lesões líticas acometendo corpos vertebrais de D4-D12/L1-L4-L5/ sacro, esterno e diversos arcos costais. A TC é modalidade imagenológica mais frequentemente usada na avaliação das lesões espinhais, em 84,5% dos pacientes, pois, embora a radiografia mostre as lesões, não as detalha tão bem quanto a TC. Além disso, 70,1% dos pacientes foram submetidos à RNM, que fornece mais informações sobre as partes moles. Os achados mais comuns são: presença de abscessos pré e paravertebrais intraósseos, colapso central das vértebras, arco neural de TB, envolvimento vertebral circunferencial, tuberculoma extradural ou intramedular e granuloma subdural. Todavia, tecido granulomatoso epidural ou tuberculoma da medula espinhal não podem ser detectados por esses métodos⁷.

A investigação procedeu com drenagem do material do abscesso e avaliação bioquímica e celularidade, evidenciando ADA positivo. Na literatura, não encontramos correlação de ADA positivo em líquidos não pleurais ou peritoneais com diagnóstico de mal de Pott.

No entanto, o paciente também apresentou ADA positivo no líquido pleural, confirmando assim tal hipótese. A ADA quando dosada no líquido pleural é capaz de auxiliar no diagnóstico de tuberculose pleural precocemente, principalmente no que se refere ao seu valor preditivo negativo, em torno de 0,98, ou seja, se negativo afasta tal hipótese diagnóstica e se positivo deve ser mantida a investigação, pois, existem outras doenças que produzem derrame pleural com predomínio de linfócitos, como o lúpus eritematoso sistêmico e o linfoma, que também podem elevar essa enzima. Ainda não foi estabelecido um valor de corte universal que possa ser adotado como referência para a ADA no líquido pleural, pois há uma faixa ampla de variação dos resultados de país para país, e mesmo em serviços diferentes de uma mesma região⁵.

A biópsia desempenha um papel valioso no diagnóstico de infecção por TB na coluna. A utilização de técnicas de amplificação de DNA, pode facilitar o diagnóstico rápido e preciso da doença. Contudo, o FDA não aprova ainda essa técnica no diagnóstico, tendo em vista ser pouco específica e sensível, por apresentar falso-negativos em 30,2% dos pacientes. O granuloma encontrado contém macrófagos epitelioides, gigantócitos de Langhans e infiltrado de linfócitos. Normalmente, em seu centro, encontra-se necrose caseosa, com ou sem BAAR. O achado do granuloma de centro caseoso sugere fortemente TB, embora não seja patognomônico, já que a cultura se faz necessária para o diagnóstico laboratorial definitivo⁷. Apesar da literatura não recomendar a conclusão diagnóstica sem a cultura, no caso a hipótese foi confirmada com base na clínica, nos exames de imagens e laboratoriais, além da biópsia.

A base da terapia para a doença de Pott é a quimioterapia antituberculosa com sucesso em mais de 90% dos casos, deixando em segundo plano a abordagem cirúrgica, que possui indicações precisas e específicas. O Ministério da Saúde do Brasil orienta que seja instituído o mesmo tratamento da tuberculose pulmonar, ou seja, rifampicina, isoniazida e pirazinamida por 2 meses, mantendo-se as duas primeiras por mais 4 meses (esquema I)¹². Entretanto, alguns autores recomendam a adição de etambutol e/ou o prolongamento do tempo de tratamento para 9 ou até 12 meses.

Quanto mais precoce o diagnóstico, menores as chances de ocorrer complicações como cifose, estenose do canal vertebral e déficit neurológico

permanente. O atraso diagnóstico, contudo, é comum, visto que a doença tem muitas vezes um quadro clínico inespecífico e também pela ausência de uma moléstia pulmonar em curso. A média de atraso é de 5 meses⁷, por diversos fatores, como: dificuldade de acesso a saúde de atenção básica, ser negligenciada pela comunidade médica por não ser um diagnóstico comum, esbarrando em diversos diagnósticos diferenciais mais prevalentes, além de não ser um tema frequente de pesquisas publicações científicas.

6. CONCLUSÃO

O diagnóstico da tuberculose vertebral não é frequentemente suspeitado nos serviços que não estão familiarizados com sua apresentação clínica, uma vez que, caracteristicamente, apresenta-se com quadro insidioso e sintomatologia de progressão crônica, sem sinais patognomônicos da infecção. Essa condição, aliada à baixa suspeição clínica, à condução do caso por diversos serviços, à pouca valorização dos sintomas iniciais e ao achado ocasional de comorbidades, dificultam a definição diagnóstica e justificam a extensa propedêutica utilizada com resultados pouco efetivos dos primeiros tratamentos instituídos e a menor objetividade da condução do caso⁸.

Mesmo com o avançar da tecnologia na medicina, a tuberculose, tanto pulmonar como a extrapulmonar, as técnicas diagnósticas não apresentaram tamanho avanço. Diferentemente do que se imaginou nas décadas de 1960 e 1970, que, com a conquista de uma potente quimioterapia, a doença tenderia a um controle efetivo, a TB recrudescceu em todo o mundo. Sendo assim, apesar de o envolvimento espinhal ocorrer em menos de 1% dos pacientes com tuberculose, tem sido observado aumento crescente dessa forma de apresentação da doença⁸.

A tuberculose espinhal é uma das doenças mais velhas conhecidas da humanidade, mas continua a ser um importante problema de saúde pública hoje em dia. Fenômenos de migração e a infecção pelo HIV levaram ao ressurgimento deste doenças que trazem novos desafios, tais como apresentações atípicas, e coinfeção pelo HIV. É de extrema importância entender a infecção e seu comportamento para fornecer um diagnóstico precoce que permanecem o pilar para um tratamento adequado.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - CRUZ, Fundação Oswald. Tuberculose. Agência Fiocruz de Notícias, Manguinhos, Rio de Janeiro, março 2019
- 2 - DATASUS - Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Tratamento de TB no Brasil e no Rio de Janeiro. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Janeiro/2018-Dezembro/2018.
- 3 - ESTEVES, S. et al. Spinal Tuberculosis: Rethinking an Old Disease. Journal of Spine, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Portugal, v. 6, n. 1, fev. 2017.
- 4 - FALCETTA, F. S. et al. Mal de Pott: uma doença milenar em um novo século. Rev HCPA, Unidade de Neurocirurgia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 170-173, mai. 2009.
- 5 - KAISEMANN, M. C. et al. Pleural fluid adenosine deaminase detection for the diagnosis of pleural tuberculosis. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Rio de Janeiro, RJ, v. 30, n. 06, dez. 2004
- 6 - KOUASSI, K. J. et al. Abcès froid dorsolombaire révélant un mal de Pott. The Pan African Medical Journal, Côte d'Ivoire, v. 27, n. 1, mai. 2017.
- 7 - MELLO, M. C. P. D. et al. Pott's Disease: a bibliographic review from the last 5 years. Curso de Medicina das Faculdades Integradas - Ciências Saúde, Catanduva, SP, v. 25, n. 2, p. 173-184, out./nov. 2016.
- 8 - PINHEIRO, R. L. et al. Spinal tuberculosis - case report. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, v. 15, n. 4, p. 252-4, 200. undefined.
- 9 - RIBEIRO, Américo Teixeira. Mal de Pott: breve considerações. Faculdade de medicina do porto, Cidade do Porto, julho de 1918.

10 - SEXTON, D. J. et al. Skeletal tuberculosis. UpToDate, James Cook University, Queensland, Australia, jul. 2018.

11 - SILVA, Roberta Oliveira De Paula E; LOPES, Aline De Freitas; FARIA, Rosa Malena Delbone De. Eletroforese de proteínas séricas: interpretação e correlação clínica. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, v. 18, n. 2, 2008

12 - Tuberculose no Brasil: manual de recomendações. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância das doenças transmissíveis. Ministério da saúde. 2 edição, Brasília, DF, 2019.

13 - VILARI, F. C. et al. Tuberculose vertebral (doença de Pott) associada a abscesso de psoas: relato de dois casos e revisão da literatura. Revista da sociedade brasileira de medicina tropical Uberaba, SP, v. 39, n. 3, maio/junho 2006.