

Espondilodiscite: um diagnóstico diferencial raro de dor abdominal

Spondylodiscitis: a rare differential diagnosis of abdominal pain

Eduardo Carvalho Garcia¹, Cecília Alcântara Braga², Cláudio de Araújo Lima Ferreira³, Guilherme Santiago Mendes⁴

DOI: 10.5935/2238-3182.20130062

RESUMO

Espondilodiscite é um processo inflamatório, geralmente infeccioso, que acomete os discos intervertebrais e as vértebras associadas. O diagnóstico pode ser bastante difícil, devido à raridade da doença, à sintomatologia insidiosa e à alta prevalência de dor lombar na população geral. Este relato descreve o caso de paciente admitido em serviço de Gastroenterologia com dor abdominal e lombar, acompanhada de emagrecimento progressivo. A propedêutica realizada foi fundamental para o diagnóstico e a exclusão de outras causas. O tratamento conservador foi suficiente para a completa recuperação do paciente.

Palavras-chave: Dor Abdominal; Dor Lombar; Espondilite; Osteomielite; Discite.

ABSTRACT

Spondylodiscitis is an inflammatory process, often of infectious origin, that attacks the intervertebral disks and related vertebra. Diagnosis may be very difficult because it is a rare disease of insidious symptoms and also because of the high incidence of backache in the general. This report describes the case of a patient admitted to the Gastroenterology service with a complaint of abdominal and lumbar pain followed by progressive weight loss. Propaedeutics used had fundamental importance in the diagnosis and elimination of other causes. Conservative treatment was enough to achieve patient recovery.

Key words: Abdominal Pain; Low Back Pain; Spondylitis; Osteomyelitis; Discitis.

INTRODUÇÃO

Espondilodiscite é a principal manifestação da osteomielite em pacientes com mais de 50 anos de idade¹ e está relacionada a complicações como dor intensa e déficits neurológicos persistentes.² Pode ocorrer por disseminação hematogênica, inoculação percutânea ou por contiguidade.³ O *Staphylococcus aureus* e as enterobactérias são responsáveis por mais da metade dos casos não relacionados à tuberculose.^{2,4,5} O diagnóstico pode ser bastante difícil, devido à raridade da doença, aos sintomas insidiosos e à alta prevalência de dor lombar na população geral.³ Em alguns casos, a dor abdominal pode chamar mais atenção do que a dor lombar, o que pode ocasionar atrasos no diagnóstico, caso não haja alto grau de suspeição. A ressonância magnética (RM) é o exame de imagem que melhor avalia as alterações do disco intervertebral, das vértebras e dos tecidos moles adjacentes.⁶ O tratamento é inicialmente conservador, com medidas não farmacológicas⁷ e antibioticoterapia guiada sempre que possível por culturas.⁸ A abordagem cirúrgica está indicada para os casos de compressão medular, instabilidade da coluna, cifose grave e falha do tratamento conservador.^{1,7}

Recebido em: 16/05/2012
Aprovado em: 19/04/2013

Instituição:

Hospital Governador Israel Pinheiro, Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG)
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Eduardo Carvalho Garcia
E-mail: edugarcia@ufmg.br

RELATO DO CASO

Homem, 76 anos de idade, foi admitido na Enfermaria de Gastroenterologia do Hospital do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG) com dor abdominal, de forte intensidade, difusa, em pontada, além de lombalgia, que piorava com a deambulação. Esse quadro se arrastava há um mês e, ao longo desse período, perdeu 18 kg. Encontrava-se alerta, orientado, emagrecido, hidratado, com pressão arterial sistêmica de 160/80 mmHg, frequência cardíaca de 85 bpm, em ritmo sinusal, eupneico, ausculta pulmonar sem alterações e abdome distendido, hipertimpânico, difusamente doloroso à palpação superficial e profunda, sem massas ou visceromegalias. O paciente relatava diagnóstico prévio de depressão maior, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito tipo 2 e asma brônquica, com passado de infecções respiratórias de repetição. Fazia uso domiciliar de losartana, ácido acetilsalicílico, insulina e venlafaxina. Esteve internado há dois meses no mesmo hospital devido a broncoespasmo e dor abdominal, quando foi afastada a hipótese de abdome cirúrgico. Ultrassonografia do abdome solicitada durante essa internação mostrava leve esteatose hepática, pequeno cálculo renal à direita e ateromatose aórtica.

Exames laboratoriais da admissão revelavam hemograma, leucograma, ionograma, coagulograma, função renal e hepática normais, proteína C-reativa elevada (PCR= 128,4 mg/dL), urina rotina normal e telerradiografia de tórax sem sinais de consolidação, com o perfil exibindo discreta redução dos espaços intervertebrais de T8 a T9 e T9 a T10. Durante observação inicial, manifestou sinais sugestivos de semiostrução intestinal, evoluindo com septicemia, febre e piora do estado geral, sem instabilidade hemodinâmica. Foram coletadas hemoculturas e iniciada antibioticoterapia empírica com cefepima enquanto se aguardava o resultado.

Hemoculturas solicitadas revelaram positividade para *Klebsiella pneumoniae*, sendo trocado o antibiótico para ciprofloxacino, com base no resultado do antibiograma. Endoscopia digestiva alta mostrou úlcera pré-pilórica (A1 de Sakita), com infecção pelo *H. pylori*, o qual foi erradicado durante a internação. Colonoscopia também foi feita após melhora do estado clínico do paciente, observando-se óstios diverticulares em sigmoide e cólon descendente, além de dois pólipos em cólon transverso, cuja biópsia revelou serem adenomas tubulares. Devido à suspeita de neoplasia pancreática,

foi solicitada ressonância nuclear magnética (RM) de abdome com colangiopancreatografia (CPRM), que não identificou alteração pancreática, porém revelou hipointensidade do sinal em T1 e hiperintensidade em T2 nos espaços intervertebrais de T8 a T9 e T9 a T10, compatível com espondilodiscite, além de acometimento dos corpos vertebrais adjacentes e edema dos tecidos circunvizinhos, sem abscessos (Figura 1).

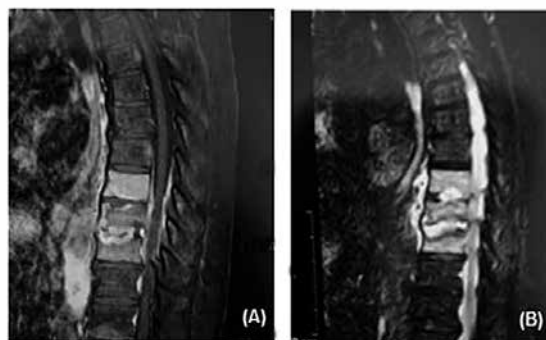


Figura 1 - Cortes sagitais de RM evidenciando hipossinal dos corpos vertebrais em T1 (A) e hipersinal em T2 (B) nos segmentos T8-T9 e T9-T10.

Foi mantido repouso no leito e tratamento conservador com antibioticoterapia parenteral. Evoluiu com melhora da dor lombar, do apetite e do estado geral, com redução da PCR para 18,7 mg/dL após três semanas de tratamento. Recebeu alta hospitalar com ciprofloxacino oral, prescrito para mais três semanas, e programado retorno ambulatorial para acompanhamento e controle radiológico. Após seis semanas de tratamento, encontrava-se em bom estado geral, sem queixas de dor abdominal ou lombar, deambulando sem dificuldades e com PCR normal, quando foi suspensa a antibioticoterapia.

DISCUSSÃO

Espondilodiscite é um processo inflamatório, geralmente infeccioso, que acomete os discos intervertebrais e vértebras associadas. Ainda que rara, é a principal manifestação da osteomielite de origem hematogênica em paciente com mais de 50 anos de idade e representa 3-5% dos casos de osteomielite.¹ Apresenta distribuição bimodal entre as faixas etárias, com pico antes dos 20 anos e outro entre 50 e 70 anos de idade. Os homens são mais acometidos, com proporção homem/mulher de 1,5-2:1.⁹ A mortalidade ocorre em menos de 5% dos pacientes e relaciona-se, principalmente, à sepse pre-

coce.² Suas principais complicações são déficits neurológicos permanentes e dor intensa, o que acontece em cerca de um terço dos casos.²

A infecção vertebral pode ocorrer através de três vias: disseminação hematogênica, inoculação direta percutânea ou disseminação de um foco infectado, por contiguidade.³ A via hematogênica arterial é a principal, afetando principalmente a coluna lombar, seguida da torácica e cervical (58, 30 e 11%, respectivamente).⁹ Inoculação direta é mais comumente causada por iatrogenia em procedimentos cirúrgicos na coluna vertebral ou punção lombar, representando 25-30% dos casos de espondilodiscite.⁴ Já a infecção por contiguidade é bem mais rara e pode estar relacionada à infecção de prótese aórtica, ruptura esofágica ou abscesso retrofaríngeo.³

Pode ser identificado foco infeccioso à distância em aproximadamente 50% dos casos de espondilodiscite⁹, especialmente em: trato geniturinário (17%), endocardite infecciosa (12%), pele e tecidos moles (11%), próteses endovasculares (5%), trato gastrointestinal (5%), trato respiratório (2%) e cavidade oral (2%).⁹ O diabetes melito é o fator de risco mais comumente identificado, porém outros foram observados, como idade avançada, uso de drogas injetáveis, imunossupressão, malignidade, insuficiência renal, doenças reumáticas, cirrose hepática e cirurgia prévia em medula espinhal.³

As espondilodiscites causadas por infecção bacteriana são a segunda principal causa de infecção vertebral no mundo, inferior apenas em relação à tuberculose.^{4,5} É observado *Staphylococcus aureus* em quase metade dos casos, principalmente em pacientes com mais de 50 anos de idade, sem fonte óbvia de infecção e sem história de internação hospitalar recente.^{2,4,5} *Escherichia coli*, *Proteus*, *Klebsiella* e *Enterobacter* spp estão associados à infecção do trato urinário e idade avançada^{2,4,5} e *Streptococcus viridans* e os beta-hemolíticos dos grupos A e B à endocardite infecciosa.^{2,4} *Streptococcus pneumoniae* é causa extremamente rara, assim como *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus* coagulase-negativo, anaeróbios, fungos e parasitas.^{2,4} Infecção polimicrobiana é bastante incomum, sendo responsável por menos de 10% dos casos.^{2,4,5}

O diagnóstico é baseado em achados clínicos, laboratoriais e de imagem. Suas manifestações iniciam-se de forma insidiosa, com dor lombar ou cervical constantes, que piora à noite e pode se irradiar para o peito ou o abdome.³ Hipersensibilidade na região

da coluna associada à restrição de movimentos e espasmo dos músculos paravertebrais constitui a sintomatologia mais comum observada em 78-97% dos casos.^{3,10} Febre pode ser detectada em metade dos casos e os déficits neurológicos, que incluem fraqueza nas pernas, paralisia, déficit sensorial, radiculopatia e incontinência esfincteriana, acometem um terço dos pacientes.⁹ Nas crianças, pode ser mais aguda e a sintomatologia inclui irritabilidade, dificuldade para andar ou engatinhar, dor no quadril ou dor abdominal.³

As alterações laboratoriais, assim como as manifestações clínicas, são inespecíficas. Leucocitose é observada em apenas um terço dos casos.¹⁰ Já o aumento da PCR e da velocidade de hemossedimentação (VHS) são comuns e úteis para avaliar a resposta ao tratamento.¹⁰ Queda na VHS de 25% do valor inicial após um mês de tratamento com antibióticos está relacionado a bom prognóstico.³

Radiografia simples da coluna tem sensibilidade de 82%, especificidade de 57% e acurácia de 73% para o diagnóstico de espondilodiscite⁶ e pode revelar, no seu início, redução do espaço intervertebral e perda da definição dos pilares da coluna vertebral.¹¹ Alterações mais tardias, como destruição de corpos vertebrais, fraturas e desabamento de vértebras denotam sequelas.¹¹ A tomografia computadorizada (TC) pode identificar alterações mais precoces,¹¹ porém é inferior à RM para avaliação da medula espinhal, dos tecidos moles vizinhos e de possíveis abscessos.⁶ Sensibilidade, especificidade e acurácia da RM no diagnóstico da espondilodiscite chegam a 96, 93 e 94%, respectivamente.⁶ As alterações características constatadas nesse exame consistem na redução da intensidade do sinal do disco e dos corpos vertebrais adjacentes em T1 e o aumento da intensidade do sinal dessas áreas em T2.^{3,6}

O objetivo do tratamento é erradicar a infecção, aliviar a dor e restaurar ou preservar a função e as estruturas da coluna vertebral.³ O tratamento conservador consiste em medidas não farmacológicas, como fisioterapia e imobilização, além do uso de antibióticos.³ Imobilização é indicada para os casos de dor importante ou de risco de instabilidade da coluna.⁷ O início da antibioticoterapia deve esperar o resultado da hemocultura ou da biópsia da lesão, a não ser diante de sepse grave, quando é preciso iniciar antibioticoterapia empírica até a obtenção do antibiograma.⁸ Antibióticos que possuem boa cobertura para *S. aureus* e Gram-negativos, além de boa penetração no disco intervertebral, incluem cefalosporinas, qui-

nolonas, clindamicina e aminoglicosídeos.³ A via de administração e a duração do tratamento ainda não estão bem definidos. Habitualmente, a via de escolha inicial é a parenteral, que pode ser substituída, se possível, para a via oral após 10 dias.³ A duração média de tratamento varia de seis a 12 semanas.^{3,4} A abordagem cirúrgica está indicada para os casos de compressão medular, instabilidade da coluna, cifose grave e falha do tratamento conservador.^{1,7} Drenagem percutânea de abscessos epidurais guiada radiologicamente pode ser alternativa eficaz à cirurgia, podendo ser indicada mesmo na ausência de déficits neurológicos.¹² Os critérios de cura da infecção incluem a resolução ou melhora dos sintomas e a normalização do VHS ou PCR.^{2,4}

Este relato de caso apresenta paciente admitido em enfermaria de gastroenterologia com dor abdominal importante e lombalgia, com aproximadamente um mês de duração. Evoluiu com falta de apetite, emagrecimento e dificuldade de locomoção. A exclusão de doenças abdominais, principalmente neoplásicas, foi possível graças à propedêutica realizada. A RM foi fundamental para o diagnóstico de espondilodiscite, uma vez que revelou as alterações típicas das lesões dos discos e das vértebras adjacentes. A identificação da bactéria na hemocultura permitiu o tratamento antimicrobiano específico e procedimentos cirúrgicos não foram necessários. A duração do tratamento foi de seis semanas, obtendo-se a resolução dos sintomas e a normalização da PCR.

Por ser doença rara, o alto grau de suspeição para o diagnóstico de espondilodiscite e a disponibilidade de métodos de imagem, como a RM, são fundamentais para permitir o início precoce do tratamento e a redução das complicações.

REFERÊNCIAS

1. Sobottke R, Seifert H, Fatkenheuer G. Current diagnosis and treatment of spondylodiscitis. *Dtsch Arztebl Int.* 2008; 105:181-7.
2. McHenry MC, Easley KA, Locker GA. Vertebral osteomyelitis: long-term outcome for 253 patients from 7 Cleveland-area hospitals. *Clin Infect Dis.* 2002; 34:1342-50.
3. Theodore G, Sani HA, Nicholas MB. Spondylodiscitis: update on diagnosis and management. *J Antimicrob Chemother.* 2010; 65:Suppl 3:iii11-24.
4. Legrand E, Flipo RM, Guggenbuhl P. Management of nontuberculous infectious discitis. Treatments used in 110 patients admitted to 12 teaching hospitals in France. *Joint Bone Spine.* 2001; 68:504-9.
5. Turunc T, Demiroglu YZ, Uncu H. A comparative analysis of tuberculous, brucellar and pyogenic spontaneous spondylodiscitis patients. *J Infect.* 2007; 55:158-63.
6. Modic MT, Feiglin DH, Piraino DW. Vertebral osteomyelitis: assessment using MR. *Radiology.* 1985; 157:157-66.
7. Quinones-Hinojosa A, Jun P, Jacobs R. General principles in the medical and surgical management of spinal infections: a multidisciplinary approach. *Neurosurg Focus.* 2004; 17:E1.
8. Lillie P, Thaker H, Moss P. Healthcare associated discitis in the era of antimicrobial resistance. *J Clin Rheumatol.* 2008; 14:234-7.
9. Mylona E, Samarkos M, Kakalou E. Pyogenic vertebral osteomyelitis: a systematic review of clinical characteristics. *Semin Arthritis Rheum.* 2009; 39: 10-7.
10. Euba G, Narvaez JA, Nolla JM. Long-term clinical and radiological magnetic resonance imaging outcome of abscess-associated spontaneous pyogenic vertebral osteomyelitis under conservative management. *Semin Arthritis Rheum.* 2008; 38:28-40.
11. Jevtic V. Vertebral infection. *Eur Radiol.* 2006; 14:(Suppl 3):E43-52.
12. Darouiche RO. Spinal epidural abscess. *N Engl J Med.* 2006; 355:2012-20.