



**18º CONGRESSO BRASILEIRO DE
INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA**

CENTRO DE CONVENÇÕES HOTEL SERRANO . GRAMADO.RS

15 a 18 de Outubro de 2014

Trabalhos Científicos

Título: Tuberculose Vertebral Em Localização Incomum: Relato De Caso

Autores: GABRIELA PINHEIRO GOMES WIRTZBIKI (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA); RENAN DO VALE FARIAS TORRES (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA); CLAUDIA FAUSTINO COELHO (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN); PAMELA PERES DE OLIVEIRA (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN); GISLANE DE SOUSA JULIAO (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN); ANA JULIA VELOZO RIBEIRO (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN)

Resumo: INTRODUÇÃO A tuberculose osteoarticular constitui 10 a 20% dos casos de tuberculose extrapulmonar e 1 a 3% de todos os casos de tuberculose, sendo a tuberculose vertebral (doença de Pott), responsável pela metade dos casos. Os locais mais acometidos são a coluna torácica (dorsal) baixa e a coluna lombar alta. Dados da literatura mostram prevalência de acometimento de coluna dorsal, lombossacra e cervical, de 50%, 40% e 10%, respectivamente. O acometimento neurológico ocorre em 10 a 46% dos pacientes, é determinado pela destruição óssea ou formação de abscessos frios, levando à compressão e inflamação medular ou das raízes e raramente acomete o tecido nervoso isoladamente. Dentre as deformidades encontradas na coluna, destacam-se a escoliose e a cifose. A cifose progressiva é mais frequente nos casos de acometimento da coluna dorsal baixa e da transição toracolombar. O tratamento baseia-se na quimioterapia, com três drogas antimicobactérias, e no debridamento cirúrgico. Há maior frequência de sequelas e déficit neurológico em pacientes tratados apenas com quimioterapia. O tratamento cirúrgico concomitante, com o debridamento radical e fusão anterior ou posterior e estabilização da coluna, leva a um menor número de deformidades e sequelas neurológicas. DESCRIÇÃO DO CASO: J.G.S., 9 anos, feminino, proveniente de Tururu/CE, com quadro de tosse produtiva, dor torácica, febre baixa e fraqueza de membros inferiores há aproximadamente três semanas da admissão. Evoluiu com dificuldade para deambular e perda do controle esfincteriano. Fez uso de antibiótico por 15 dias, sem melhora. Admitida no nosso serviço com desnutrição grave, eupneica, com ausculta diminuída em base esquerda, paraparesia flácida de membros inferiores, hiperreflexia, clônus inesgotável, sensibilidade preservada. Exames de admissão: anemia, leucocitose, ferritina elevada, teste rápido de HIV: negativo, PPD não reator. Baciloscopia e cultura de escarro para tuberculose: negativos. TC de tórax: linfonodomegalias necróticas mediastinal e hilar esquerda, derrame pleural à esquerda, lesão comprometendo coluna dorsal superior com destruição somática e coleção comprimindo saco dural. Estenose do canal vertebral pela destruição óssea interna. RNM de coluna dorsal: alteração morfo-textural do corpo da terceira vértebra dorsal (D3), com desvio cifótico acentuado e achados sugerindo processo inflamatório local. Redução da amplitude do canal vertebral ao nível de D3, associado a sinais sugestivos de mielite. Realizou tratamento para tuberculose pleural/pulmonar e óssea, com esquema RIP. Apresentou melhora do quadro pulmonar e da paraparesia de membros inferiores após 60 dias de tratamento. Indicado uso de colete de Jewett pela neurocirurgia. COMENTÁRIOS Segundo dados da literatura, é incomum o acometimento de coluna dorsal superior. A presença de PPD não reator é incomum, mas não descarta a possibilidade da doença.