



## Trabalhos Científicos

**Título:** Tuberculose Coxofemoral Na Infância: Relato De Caso

**Autores:** ADRIANA BANHOS CARNEIRO (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN); EDUARDO DE LIMA SÁ PIRES (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN); LUCAS MANUEL RIBEIRO MOTA (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN); LIA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN); LUCIANA HOLANDA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN); JULIO HOLANDA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN)

**Resumo:** Introdução: A doença osteoarticular constitui 10-20% dos casos de tuberculose extrapulmonar e 1-3% de todos os casos de tuberculose. A maioria ocorre nas articulações de quadril e joelho. Descrição do Caso: C.E.M.S., 8 anos, masculino, é admitido em fevereiro/2015, referindo assimetria em comprimento de membros inferiores, dor em quadril direito principalmente noturna e claudicação há um mês. Negou febre ou trauma. Ao exame, o membro inferior direito apresentava-se 3 cm maior que o esquerdo e havia dor na articulação coxofemoral direita à flexão, extensão e abdução da coxa ipsilateral. O raio-X do quadril evidenciou achatamento da cabeça do fêmur e erosão isquiática à direita. O hemograma, PCR e VHS estavam normais e fosfatase alcalina: 391 U/L (N: <300). A RNM do quadril mostrou derrame articular, edema nos músculos obturador externo e adutor curto, edema ósseo em acetábulo, colo e cabeça femorais à direita e sinovite. O paciente teve contato direto com paciente infectado por tuberculose (pai) e possuía cicatriz de vacina BCG. O PPD se apresentou não reator. À artrocentese, o líquido sinovial apresentava-se turvo (N: límpido), com ADA: 52 U/L (N: até 40), LDH: 1594 U/L (N: <250), glicose: 20,8 mg/dL (N: 70-80), proteínas totais: 10,2 g/dL (Exsudato >3,5) e baciloscopia negativa. Em 06/03/2015, foi iniciado tratamento com Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida e redução completa de carga articular. Discussão: A tuberculose coxofemoral tem rara prevalência na pediatria, principalmente quando não acomete outros sistemas. A incidência é maior nos meninos, sendo mais comum em imunodeprimidos. A clínica é insidiosa e inespecífica, e exames complementares têm grande valor para confirmação do diagnóstico, que deve ser baseado em achados bacteriológicos e/ou histológicos. Entretanto, há dificuldade na obtenção da amostra do bacilo por biópsia ou cirurgia, e a cultura, além do crescimento lento, possui limitada sensibilidade em crianças. A baciloscopia é positiva em cerca de 40% dos casos. O tratamento é clínico e estendido devido à pouca penetração das drogas nos tecidos ósseo e fibroso. Apresentamos um caso de paciente imunocompetente, cujo diagnóstico foi feito levando-se em consideração o quadro clínico-epidemiológico, ratificado por achados de imagem compatíveis. Conclusão: Visamos alertar sobre dificuldade e importância do diagnóstico precoce da dor articular infantil de etiologia tuberculosa. O manejo deve ser precoce para se evitarem sequelas maiores.