

Tuberculose no pé: evolução clínica no retardo do diagnóstico e tratamento

Foot tuberculosis: clinical evolution in delay treatment and diagnosis

Eduardo Pedrini Cruz¹, Leandro Marcantonio Camargo², Antonio Kim², Andre Bergamaschi Demore³

Resumo

A tuberculose óssea costuma ser infrequente em articulações periféricas. Além disso, nessas articulações, ela se apresenta na forma paucicelular. Muitas vezes, seu diagnóstico é de difícil detecção e acaba sendo negligenciado, acarretando sequelas importantes para os pacientes. O presente relato de caso teve como objetivo alertar sobre a importância do diagnóstico precoce e mostrar a evolução natural dessa infecção no retopé sem tratamento adequado.

Descritores: Tuberculose osteoarticular/diagnóstico; Tuberculose osteoarticular/terapia; Pé/patologia; Relatos de casos

Abstract

The tuberculosis is usually infrequent in peripheral joints. Furthermore, in these joints, this infection is paucicelular. Sometimes the diagnosis is hard to take and often neglected leading to important consequences to patient. This case report aimed to alert the importance of early diagnosis and show the natural evolution of this infection in the hindfoot.

Keywords: Tuberculosis, osteoarticular/diagnosis; Tuberculosis, osteoarticular/therapy Foot/pathology; Case reports

Correspondência

Eduardo Pedrini Cruz
Rua Otavio Dutra 164/302 - Joinville (SC), Brasil
90810-230
Fone: (51) 8222-0103
E-mail: pedrinicruz@gmail.com

Data de recebimento

21/05/2012

Data de aceite

08/10/2012

¹ Médico Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - SBOT - e da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Pé e Tornozelo. - Instituto de Ortopedia e Traumatologia de Joinville- IOT - Joinville (SC) Brasil

² Médico Assistente do Instituto de Ortopedia e Traumatologia de Joinville - IOT - Joinville (SC), Brasil.

³ Médico Assistente de Cirurgia do Pé e Tornozelo do Instituto de Ortopedia e Traumatologia de Joinville - IOT - Joinville (SC), Brasil.

INTRODUÇÃO

A tuberculose isolada no pé é uma manifestação rara da doença. Os sintomas são inespecíficos, assim como os exames complementares. Dessa forma, há um atraso para o início do tratamento⁽¹⁾. Estima-se que cerca de 1 a 3% de todos os casos de infecção pela tuberculose acomete ossos e/ou articulações e cerca de 10% da tuberculose osteoarticular envolvam o pé^(1,2). A coluna e o quadril são os locais mais acometidos, o que acarreta diagnóstico mais rápido nessas regiões. Em relação à tuberculose no pé, qualquer articulação pode ser acometida, sendo mais comum no mediopé. Cabe ressaltar, também, que a síndrome da imunodeficiência adquirida modificou a apresentação dessa doença, com manifestação clínica sortida^(2,3).

Os autores desconhecem relatos na literatura brasileira sobre a tuberculose no pé como primeira manifestação da doença. O objetivo deste relato de caso foi alertar sobre a importância do diagnóstico precoce, para se instituir tratamento adequado em fase inicial e mostrar a evolução natural da doença não tratada.

Relato de caso

RJ, gênero masculino, 52 anos, branco, casado, natural e residente de Joinville (SC). Paciente procurou a emergência por trauma em dorso do pé esquerdo causado pela queda de lajota há 3 dias, com queixa principal de dor. À inspeção, observavam-se edema e eritema sem lesão ou perda da integridade da pele. O paciente apresentava, como história mórbida pregressa, artrite gotosa, já tendo três episódios de crises de gota, no joelho direito, do pé e tornozelo esquerdo, em que realizou tratamento adequado com sucesso na ocasião. Além disso, referia tabagismo por 17 anos, 1 carteira por dia, hipertensão arterial sistêmica (HAS) tratada com dieta. Negava *diabetes mellitus* (DM), imunodeficiência ou outras afecções.

As radiografias iniciais não mostravam alterações significativas ou dignas de nota. O paciente foi imobilizado por 7 dias, com tala gessada baixa, para analgesia. Retornou à consulta com piora da dor, edema e hiperemia no pé. Devido ao histórico de gota, iniciou-se tratamento sintomático para gota e o paciente foi encaminhado ao reumatologista, para avaliação e acompanhamento. O reumatologista realizou diagnóstico de artrite gotosa e passou a fazer o tratamento e o acompanhamento do paciente.

Ao contrário dos outros episódios que tivera de gota, o paciente permanecia sem melhora do quadro clínico. Os exames laboratoriais de 4 meses após o início do quadro apresentavam leucocitose leve, sem desvio à esquerda, áci-

do úrico ao redor de 7 mg/dL, PCR e VHS moderadamente elevados. Cerca de 8 meses depois do início do quadro, teve início de fístula no retropé. Foi internado por três vezes para realizar desbridamento e biópsias, sem resultados conclusivos quanto à artrite gotosa ou a outras infecções ou doenças. A primeira cirurgia para desbridamento foi realizada cerca de 1 ano depois do início dos sintomas, fase em que o paciente já apresentava fístulas ativas no pé, tendo chegado a um total de nove fístulas. Foi realizada nova biópsia, que teve resultado inespecífico e ausência de critérios para diagnóstico de gota.

A última biópsia foi positiva para tuberculose, cerca de 3 anos após início dos sintomas. Dessa forma, o paciente foi encaminhado para equipe de infectologia, sendo iniciado o tratamento medicamentoso para tuberculose. Foram realizados exames complementares, que foram negativos para infecção pulmonar ativa ou residual, ou em qualquer outro segmento do corpo.

Após 5 meses de tratamento medicamentoso, ocorreu fechamento total das fístulas. Não houve recidiva de lesões. Atualmente, deambula sem auxílio de muletas, sem dor porém com limitação funcional do pé esquerdo, decorrente da destruição articular secundária à infecção.

As figuras 1 a 5 representam a evolução do quadro. A figura 1 apresenta radiografias iniciais, realizadas em maio de 2008. A figura 2 são radiografias de maio de 2011, após 2 anos de evolução. A figura 3 mostra ressonância magnética após 2 anos de evolução da doença. A figura 4 é a imagem clínica do paciente em estágio final do tratamento. A figura 5 mostra o arco de movimento do pé no término do tratamento.



Figura 1 - Radiografias iniciais de pé no mês de maio de 2008.

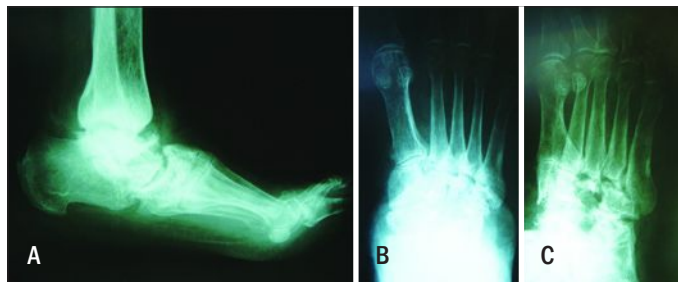


Figura 2 - Radiografia realizada 2 anos depois, em maio de 2011.

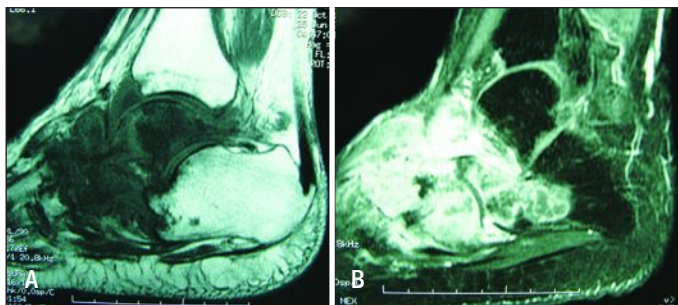


Figura 3 - Ressonância magnética realizada em 2011.



Figura 4 - Imagem clínica final do tratamento medicamentoso.



Figura 5 - Arco de movimento residual.

DISCUSSÃO

O Brasil encontra-se entre os 22 países que contribuem com 90% das infecções por tuberculose no mundo. Embora tenha havido queda na incidência de tuberculose, esta ainda tem alta prevalência na sociedade⁽⁴⁾.

A tuberculose no pé é descrita, na literatura, como uma doença que pode mimetizar quadros de infecção piogênica, amiloidose, tumores ósseos ou diversos processos inflamatórios e doenças reumatológicas⁽⁵⁾. Os locais mais frequentemente acometidos no pé são o retropé e o mediopé, sendo o antepé citado em menor frequência^(5,6).

Os exames laboratoriais e de imagem são inespecíficos. Os exames de imagens mais utilizados são radiografias e ressonância magnética. O padrão mais comumente encontrado é da osteoporose difusa periférica. A preservação do espaço articular geralmente ocorre nos estágios iniciais. A tríade de Phemister consiste em osteoporose periarticular, erosões marginais e redução do espaço articular⁽²⁾. A tuberculose extrapulmonar é paucicelular e, geralmente, é necessária mais de uma biópsia para se realizar o diagnóstico. Dessa forma, a pesquisa diagnóstica deve ser procurada quando há suspeita clínica, mesmo quando há resultados anteriores negativos para a doença⁽⁴⁾.

O tratamento, fundamentalmente, é medicamentoso, sendo necessária a intervenção cirúrgica em alguns casos. O seguimento do paciente é realizado com exames laboratoriais e radiográficos seriados.

No relato de caso aqui descrito, após o início da medicação não foi necessária intervenção cirúrgica. Após o término do tratamento medicamentoso, deve ser discutido com o paciente sobre sua provável seqüela da infecção e as opções terapêuticas para melhoria da função do membro acometido.

A tuberculose óssea deve ser pensada como diagnóstico diferencial em manifestações clínicas insidiosas que não melhoram com tratamento proposto. Dessa forma, a solicitação de exames adequados e a persistência para pesquisa da tuberculose devem ser mantidas, principalmente quando há suspeita clínica. O diagnóstico precoce, com a instituição imediata do tratamento, pode prevenir ou reduzir seqüelas importantes da doença.

REFERÊNCIAS

1. Brew CJ, Rao V, Shanker J. Tuberculosis infection of the talonavicular joint. *Foot (Edinb)*. 2010;20(4):146-8.
2. Mittal R, Gupta V, Rastogi S. Tuberculosis of the foot. *J Bone Joint Surg Br*. 1999;81(6):997-1000.
3. Vohra R, Kang HS, Dogra S, Saggar RR, Sharma R. Tuberculous osteomyelitis. *J Bone Joint Surg Br*. 1997;79(4):562-6.
4. Conde MB, Melo FAF, Marques AMC, Cardoso NC, Pinheiro VGE, Dalcin PTR, et al. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *J Bras Pneumol*. 2009;35(10):1018-48.
5. Choi WJ, Han SH, Joo JH, Kim BS, Lee JW. Diagnostic dilemma of tuberculosis in the foot and ankle. *Foot Ankle Int*. 2008;29(7):711-5.
6. Dhillon MS, Nagi ON. Tuberculosis of the foot and ankle. *Clin Orthop Relat Res*. 2002;(398):107-13.