

Exposição de episódio de Espondilodiscite Secundária a Infecção por Cateter Jugular em Paciente Dialítico no Hospital Municipal Dr. Munir Rafful (HMMR), em Volta Redonda, RJ.

Report on an episode of spondylodiscitis secondary to jugular catheter infection in a dialysis patient at the Dr. Munir Rafful Municipal Hospital (HMMR) in Volta Redonda, RJ.

Carina de Oliveira Lopes

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
carinalopes1604@gmail.com

Luísa Arantes

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
luisaarantes@hotmail.com

Maria Cláudia Paquelet

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
mariapaquelet@gmail.com

Luciana Oliveira

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
lu.oliveira.md@gmail.com

RESUMO

A Espondilodiscite é um processo inflamatório de etiologia bacteriana que acomete os discos intervertebrais e as vértebras associadas. É incomum no adulto e apresenta risco aumentado de morbidade e mortalidade devido à dificuldade diagnóstica. Relata-se, dessa forma, o caso de um paciente de 61 anos, dialítico e diabético, com quadro de dor lombar, astenia e febre, assistido pelo Serviço de Clínica Médica de um hospital público do município de Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil. Em vista disso, por meio de um relato de caso, pretende-se alertar a respeito da Espondilodiscite, que é uma doença muito rara, frequentemente descoberta tardiamente, e a importância do diagnóstico precoce, manejo e conduta adequados acerca desse processo inflamatório infeccioso.

Palavras-chave: espondilodiscite. discite. dor lombar. hemodiálise

ABSTRACT

Spondylodiscitis is an inflammatory process caused by bacteria that affects the spinal discs and associated vertebrae. It is uncommon in adults and carries an increased risk of morbidity and mortality due to diagnostic difficulties. Thus, we report the case of a 61-year-old patient, on dialysis and diabetic, with low back pain, asthenia and fever, being followed up by the Internal Medicine Service of a public hospital in the city of Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brazil. Thus, through a case report, we intend to raise awareness about Spondylodiscitis, which is a very rare disease often discovered late, and the importance of early diagnosis, adequate management and conduct regarding this infectious inflammatory process.

Keywords: spondylodiscitis. discitis. backache. hemodialysis.

1 CONTEXTO

A Espondilodiscite é a infecção do disco intervertebral, que pode colonizar quantidades variadas de corpos vertebrais. É considerada uma condição clínica inabitual de maior prevalência em países em desenvolvimento. A incidência nas sociedades ocidentais varia de 0,4 a 2,4 por 100.000 a cada ano (COTTLE, 2008).

Destaca-se a importância desse estudo em decorrência da dificuldade diagnóstica no estágio inicial da doença, resultando em um significativo aumento de sequelas neurológicas daqueles acometidos (QUEIROZ, 2013).

Este relato de caso, descritivo e observacional, em acordo com o Código de Ética da Associação Médica Mundial (Declaração de Helsinque) e com a Resolução do Conselho Federal de Medicina em 1595/2000, contou com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte do protagonista do caso, e encontra-se sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

2 APRESENTAÇÃO DE CASO

Paciente masculino, 61 anos, residente da cidade de Volta Redonda no Estado do Rio de Janeiro, dá entrada no Pronto Atendimento do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful (HMMR), em Volta Redonda (RJ), em 17 de outubro de 2022, trazido pelo SAMU, apresentando dor lombar que irradia para os membros inferiores há 15 (quinze) dias e 02 (dois) episódios de síncope. Relata que após internação anterior por Trombose Venosa Profunda (TVP) há 15 (quinze) dias as dores iniciaram e foi notada certa dificuldade para deambular. Refere também febre aferida de 39°C.

O paciente é doente renal crônico em diálise 03 (três) vezes por semana (cateter na jugular direita), também apresenta hipertensão arterial sistêmica e diabetes. Deu entrada no hospital apresentando uma anemia severa (Hemoglobina 5.2 g/dL), sendo realizada a transfusão no pronto socorro de atendimento.

Ao exame físico, paciente prostrado, lúcido, orientado, hipocorado +/4+, hipohidratado ++/4+, acianótico, afebril, anictérico e eupneico em ar ambiente sem esforço respiratório. Membros inferiores com edema assimétrico, membro inferior direito com panturrilha empastada. Demais sistemas sem alterações.

Diante dos dados apresentados e após a avaliação do paciente, pressupôs-se como principal hipótese diagnóstica o quadro de infecção de cateter de hemodiálise. Dando seguimento, foram solicitados exames laboratoriais, sendo eles: hemograma completo, grupo sanguíneo, fator RH, glicemia, ureia, creatinina, sódio, potássio, TGO, TGP, bilirrubina total e frações, tempo de atividade de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativada; EAS; hemocultura e ressonância magnética da coluna lombossacra.

À medida que se aguardava o resultado dos exames complementares, foi proposta internação na enfermaria de Clínica Médica e prescrição de antibioticoterapia Vancomicina associado à tazocin, sendo utilizando também a analgesia como medida de conforto para o paciente.

3 DADOS COMPLEMENTARES

Os exames laboratoriais, feitos em 17 de outubro de 2022, apresentaram uma anemia severa – HB 5.2 g/dL e HT 16,6%. Também foi visto alteração na função renal – CR 6,8 mg/dL e UR 121 mg/dL.

A ressonância magnética da coluna lombossacra, realizada em 24 de outubro de 2022, vista na Figura 01, evidenciou alterações compatíveis com Espondilodiscite e presença de abscesso.

Figura 01 – Setor de Clínica Médica, em 25/10/2022, alterações compatíveis de espondilodiscite com abscesso.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA LOMBAR

Exame realizado com sequências ponderadas em T1 e T2 antes e após a injeção venosa do contraste paramagnético (Gadolinio) e DWI difusão.

Existe um foco de alteração de sinal comprometendo a margem anterior e lateral esquerda do corpo vertebral de S1, hipointenso em T1 e com importante impregnação pelo meio de contraste, associado à presença de uma coleção multisseptada que envolve a margem mais anterior e lateral esquerda do corpo de S1, insinuando-se posteriormente à musculatura paraespinal, especificamente os grupos musculares iliocostal, eretor da espinha e ligamento sacro-espinhal, demonstrando sinal significativamente alto na sequência DWI difusão, que sugere conteúdo de maior teor proteico, medindo cerca de 3,0cm no maior eixo.

Existe uma infiltração edematosa retroperitoneal, incluindo também fibras musculares do psoas/psoas ilíaco deste mesmo lado. O aspecto é compatível com espondilite infecciosa com formação de abscesso na musculatura paraespinal (piomiosite).

Há também uma reação epidural ao nível de L5-S1, caracterizada por intensa impregnação pelo meio de contraste em relação à gordura que envolve a raiz S1 correspondente (perineurite).

Demais corpos vertebrais com características de sinal normais.

Discos intervertebrais de altura e intensidade de sinal conservada.

Artrose interfacetária em L5-S1.

Cone medular típico e com características de sinal normais.

Canal raquiano de amplitude normal.

I.D.: Aspecto compatível com espondilite infecciosa/sinais de espondilodiscite na margem anterior lateral esquerda do corpo de S1, associado à reação inflamatória/infecciosa pré e paravertebral deste lado, que se insinua no forame neural L5-S1, formando uma coleção na musculatura paraespinal da região lombossacra deste mesmo lado (abscesso/piomiosite).

Fonte: Equipe do HMMR.

4 TRATAMENTO

Após à confirmação do diagnóstico feita pela Ressonância Magnética da coluna lombossacra, foi solicitado um parecer da equipe de Neurocirurgia do Hospital São João Batista (HSJB). O referido parecer orientou que o caso desse paciente não era cirúrgico. Dando seguimento ao tratamento, escalonou vancomicina associado à tazocin para o meropenem.

5 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

Na RNM de coluna lombar confirmou a espondilodiscite em S1, além de abscesso. Foi solicitado o parecer da neurocirurgia que descartou a intervenção cirúrgica. O paciente seguiu o tratamento com a antibioticoterapia por 6 semanas, apresentando melhora significativa da dor.

6 DISCUSSÃO

A fisiopatologia da espondilodiscite se dá pelo oportunismo de uma bactéria que por disseminação hematogênica migra de um foco infeccioso para o disco intervertebral, podendo até mesmo ir para tecidos adjacentes como os corpos vertebrais (FINGER ET AL., 2019).

O principal agente etiológico é o *Staphylococcus aureus*. Geralmente, o disco intervertebral e o corpo vertebral são os principais acometidos. O diagnóstico é difícil e, muitas vezes, tardio. A detecção

precoce é de extrema relevância, uma vez que permite iniciar o tratamento mais adequado para o agente causador e previne déficit neurológico e deformidades espinhais (KASALAK ET AL., 2018).

Como critérios diagnósticos são necessários uma história clínica bem detalhada, procurando se atentar aos fatores de risco; exame físico completo; e testes laboratoriais, como marcadores inflamatórios (taxa de sedimentação de eritrócitos e proteína C-reativa). Exames de imagem também desempenham um papel muito importante para o diagnóstico primário da doença e para o controle da resposta terapêutica, sendo a ressonância magnética o método de imagem com maior especificidade, podendo ser possível analisar os focos de infecção espinhal. (KASALAK ET AL., 2018).

Dentre os fatores de risco, podemos destacar os pacientes em hemodiálise. Isso ocorre devido a muitos fatores, a exemplo: imunodepressão típica da uremia, procedimentos como fístulas, cateteres, acessos venosos e punções vasculares repetitivas, sendo estes, focos importantes para o desencadeamento de uma bacteremia. Pela dificuldade do diagnóstico, ele pode ocorrer após o desenvolvimento de um quadro mais grave, com formações de abscesso em tecidos subjacentes e déficits neurológicos (TRAVERSI ET AL., 2020).

O tratamento é feito com antibióticos direcionados conforme o agente etiológico, a duração média nos doentes é entorno de 6 semanas, de acordo com as recomendações da Sociedade Americana de Doenças Infecciosas. Pacientes em isolamento de agente, o esquema de antibioticoterapia indicado é a vancomicina associada a uma cefalosporina de terceira geração, ceftriaxone, ou a uma quinolona. Quando um paciente não responde ao tratamento terapêutico, é indicada intervenção cirúrgica. Pacientes que se apresentam com deformidades pós espondilodiscite, instabilidade, abscesso epidural ou comprometimento neurológico também são candidatos ao tratamento cirúrgico (TRAVERSI ET AL., 2020).

7 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

Questão 1 (Múltipla Escolha)

Sobre a Espondilodiscite, assinale a alternativa correta:

- a) O diagnóstico é estritamente clínico.
- b) É sempre relacionada a hemodiálise e a região cervical é a mais acometida.
- c) É um processo infeccioso que em todos os casos é preciso de intervenção cirúrgica.
- d) É uma doença rara que corresponde a aproximadamente 3% das infecções osteoarticulares, e apresenta um pico bimodal de ocorrência, sendo um na infância e outro próximo aos 50 anos de idade.

Gabarito: Letra D

Questão 2 (Múltipla Escolha)

Assinale a alternativa correta acerca da Espondilodiscite:

- a) É observado *Staphylococcus aureus* em todos os casos de Espondilodiscite.

b) É um processo inflamatório infeccioso bastante comum que acomete os discos intervertebrais e as vértebras associadas.

c) A infecção vertebral pode ocorrer através de três vias: disseminação hematogênica, inoculação direta percutânea ou disseminação de um foco infectado, por contiguidade.

d) As alterações laboratoriais, assim como as manifestações clínicas, são específicas de espondilodiscite.

Gabarito: Letra C

Questão 3 (Discursiva)

A espondilodiscite é uma doença infecciosa que acomete o disco vertebral. Seus sintomas são inespecíficos, por isso há uma maior dificuldade em fazer um diagnóstico precoce. Cite os principais métodos diagnósticos para a doença.

Gabarito: Radiografia AP e perfil da colona vertebral; RNM padrão ouro, é o exame mais sensível para o diagnóstico; hemograma e PCR.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COTTLE L, RIORDAN T. 2008. **Infectious spondylodiscitis**. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18442854/>. Acesso em: 20/11/2022.

GABRIEL, P. ET AL. 2020. **CORRELATION BETWEEN FINDINGS IN MAGNETIC RESONANCE AND BIOPSY IN THE DIAGNOSIS OF SPONDYLODISCITIS**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/coluna/a/wc44tttdwxKChZYcqW-VcNyMc/?lang=en> Acesso em: 24/11/2022.

T. LARA, ET AL. **Spondylodiscitis in hemodialysis patients: a new emerging disease? Data from an Italian Center**. 2020. Disponível em: <https://giornaleitalianodinefrologia.it/wp-content/uploads/sites/3/2020/09/37-05-2020-10.pdf> Acesso em: 20/11/2022.

WILLIAM Z, GABRIEL MS, TAIANA C, GISELLE B, MAURO JC, ET AL. **NONSPECIFIC SPONDYLODISCITIS IN ADULTS: RETROSPECTIVE STUDY**. Coluna/Columna 19 (4) • Oct-Dec 2020 • Disponível em: <https://www.scielo.br/j/coluna/a/xvxYGTKMxTzfgGjGTyd4xG/?lang=en> Acesso em: 20/11/2022.