

## Osteomielite Unifocal do Arco de C7. Relato de Um Caso\*

### UNITERMOS

Osteoartrite infecciosa; Osteomielite vertebral.

**ANA PAULA TEDESCO  
DANILO GONÇALVES COELHO**

### SINOPSE

*Os autores relatam um caso de osteomielite unifocal do arco de C7 e comentam os aspectos diagnósticos e terapêuticos da patologia.*

### INTRODUÇÃO

O comprometimento da coluna vertebral por processos infecciosos primários é pouco freqüente. Quando isto vem a ocorrer, as localizações preferenciais são as colunas lombar e torácica, sendo muito raro o acometimento da coluna cervical e, mais ainda, da transição cervicotorácica (1, 9, 8, 13).

Na vértebra, a localização preferencial é o corpo (4, 7, 15), sendo os relatos de infecções fora dele de número reduzido, Odelberg - Johnson, em 1931, relataram um caso de artrite unilateral atlanto-axial, e Garcia e Grantham (3) mostram alguns casos de infecção do arco posterior, mas nenhum deles em nível cervical.

A maior incidência de osteomielite vertebral é na fase adulta, entre a quinta e a sétima década, há entretanto, relatos de incidência significativa da patologia na adolescência (2).

Devido a todas estas peculiaridades e características, a osteomielite da coluna vertebral tem, na grande maioria das vezes, diagnóstico difícil e demorado, sendo em algumas ocasiões, dignosticada como lesão tuberculosa (11, 12).

### RELATO DE UM CASO

L.B.N., branco, masculino, treze anos, natural e procedente de Porto Alegre, sem ocupação.

Apresentou-se em 12/02/86 com queixas de cervicalgia posterior intensa, limitação funcional da coluna cervical e febre por duas semanas. Ao exame: mucosas pouco coradas, ausência de febre, linfadenomegalias cervicais superiores posteriores bilaterais e indolores; dor à compressão dos processos espinhosos de C6 e C7. O RX de tórax evidenciava mediastino alargado, e o hemograma traduzia leucocitose com desvio à esquer-

da a anemia. Foram levantadas hipóteses de abscesso de mediastino, abscesso retrofaríngeo e osteomielite de coluna cervical, sendo instituída antibioticoterapia endovenosa com oxacilina, cloranfenicol e penicilina. A avaliação otorrinolaringológica dois dias após não constatou anormalidades. O RX de coluna cervical após duas semanas do início dos sintomas, mostrava pequena infiltração de partes moles prevertebrais.

A tomografia da coluna cervical mostrou diminuição da infiltração das partes moles prevertebrais e lesões líticas do arco de C7.

A avaliação ortopédica constatou retificação da lordose cervical e cifose em nível da transição cervicotorácica, contratura acentuada da musculatura paravertebral e diminuição da mobilidade cervical; dor à palpação dos processos espinhosos de C6 e C7, sem outros sinais flogóticos locais; força reflexos tendinosos profundos e sensibilidade preservada. Novo RX quatro dias após mostrou acentuada redução do espessamento de partes moles prevertebrais e lesões líticas mais nítidas no arco C7, com subluxação C6 - C7 (Fig. 1).

Realizado o diagnóstico de osteomielite do arco de C7, seis dias após a primeira consulta, o paciente foi imobilizado com gesso minerva, no 12.º dia da internação.

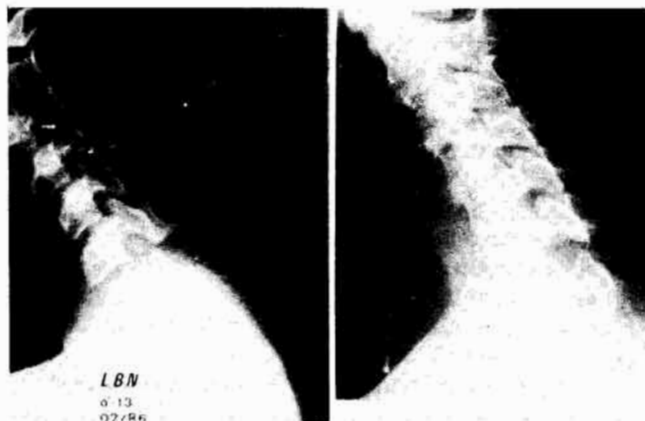


Fig. 1 - Evidência de espessamento de partes moles prevertebrais de partes líticas de arco de C7. Subluxação C6-C7.

\* Trabalho realizado no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Endereço para separatas: Rua Felipe Camarão, 576/405 - P. Alegre.

Recebido em: 19/06/87.

Aceito para publicação em: 07/12/87.

Tornou-se assintomático e, duas semanas após, teve alta hospitalar. A imobilização gessada permaneceu por doze semanas; antibioticoterapia oral (dicloxacilina), por seis. Quando da retirada do gesso foram instituídos exercícios ativos cervicais.

Até a última revisão, sete meses após, permanecia assintomático, com mobilidade cervical normal e discreta cifose em nível de C7 (Fig. 2). No RX havia regressão das lesões do arco de C7; hemograma e hemossedimentação normais (12 mm na 1.<sup>a</sup> hora).



Fig. 2 - Controle radiológico pós-tratamento demonstrando redução da subluxação C6-C7. Anquilose interapofisária entre C6 e C7.

## COMENTÁRIOS

A maioria dos casos de osteomielite vertebral tem início agudamente (3) e tendência à rápida recuperação. Os sintomas proeminentes são febre, dor, edema, cifose angular e, em alguns casos, toxemia (3, 5, 11, 12, 13, 14, 15). Pode haver irritação radicular, rigidez e espasmos musculares (principalmente das colunas cervical e lombar), além de dor à palpação vertebral (3, 11).

Grande parte dos casos de infecção vertebral tem foco infeccioso primário detectável, principalmente relacionado ao trato genitourinário (manipulação ou cirurgia).

O agente etiológico mais comum é o estafilococo. O quadro laboratorial típico é de leucocitose e anemia, hemoculturas positivas e hemossedimentação elevada (3, 5, 11, 13, 14, 15). Cabe aqui observar que, no caso descrito, houve falha na coleta de culturas de sangue e urina e de verificação da homossedimentação no início do quadro (56% dos casos têm hemoculturas positivas antes do tratamento e a partir de 36 horas do início dos sintomas).

A rotina de investigação clínica em caso de suspeita de osteomielite vertebral deve incluir hemograma, hemossedimentação, teste de Widal, títulos para febre tifóide e paratífóide, teste de aglutininas séricas para brucelose e reação de Mantoux, culturais de escarro, sangue e urina (8, 10).

Os aspectos radiológicos relevantes aparecem nas

primeiras duas semanas, com edema de partes moles prevertebrais, o qual desaparece com o início do tratamento. As lesões líticas surgem na terceira ou quarta semana, até a décima segunda, com destruição progressiva e irregular do osso. O comprometimento do corpo vertebral é a regra, sendo excepcional o comprometimento dos elementos posteriores. A partir do quarto ou sexto mês, inicia-se o processo de remodelação vertebral com lesões escleróticas, as quais podem levar à fusão vertebral (5, 12, 14, 15).

A cintilografia óssea é um método auxiliar no diagnóstico das lesões infecciosas da coluna vertebral. Uma cintilografia negativa exclui o diagnóstico. É também de grande eficácia para esclarecer recidivas ou melhoras da doença. Apesar de pouco específica, oferece a possibilidade de diagnóstico mais precoce que o RX (8, 14).

A maioria dos autores afirma que o diagnóstico de osteomielite vertebral deve ser feito por biópsia, aberta ou fechada (3, 10, 13, 14, 15). Em nosso meio, a positividade das biópsias vertebrais fechadas é baixa. Assim, acreditamos que as biópsias abertas devem ser feitas (assim como as fechadas), nos casos de dúvida diagnóstica.

Os tratamentos podem variar, desde o uso de antibioticoterapia isolada, que pode apresentar complicações futuras, como deformidade e luxações vertebrais, passando pelo uso de antibióticos associado ao repouso no leito (que, para infecções não complicadas, podem promover bom resultado a longo prazo), chegando até a associação de antibióticos e imobilizações, gessadas ou não (6).

A antibioticoterapia deve ser mantida, no mínimo por seis a oito semanas (12), e a imobilização por dois a três meses (11).

O paciente deve ser avaliado durante o tratamento segundo seus sintomas, temperatura e homossedimentação (4, 5).

As complicações neurológicas da osteomielite da coluna vertebral são raras, mas podemos encontrar infecções peridurais, paraparesias, paraplegias, meningites ou mielites transversas (11, 12). Nos casos de acometimento cervical, podem surgir alterações da voz, disfagia e síndrome de Claude-Bernard-Horner. O tratamento cirúrgico pode estar indicado se existirem complicações neurológicas.

O tratamento precoce previne alterações por vezes irreversíveis; os seqüestros ósseos são incomuns em infecções da coluna vertebral e respondem à terapêutica conservadora (4, 14). Nos casos em que o tratamento é iniciado após três dias do início do quadro, encontra-se maior incidência de cronificação.

A osteomielite da coluna vertebral deve ser incluída no diagnóstico diferencial das "dores nas costas", lembrando que o processo infeccioso pode comprometer apenas o arco neural e não o corpo vertebral, como é habitual, sob pena de se incorrer em erro de diagnóstico, erro esse que pode implicar danos severos e irreversíveis para o paciente.

## SUMMARY

A case of C7 posterior arch osteomyelitis is reported

and comments on diagnosis and treatment are made.

## BIBLIOGRAFIA

- AHLBACK, S. & COLLERT, S. Destruction of the odontoid process due to atlanto-axial pyogenic spondylitis. *Acta Radiol.* 10, 394, 1970.
2. DIGBY, J.M. & KENLEY, J.B. Pyogenic non-tuberculous spinal infection. *J. Bone Joint Surg.* 61-B:47, 1979.
3. GARCIA, A. & GRANTHAM, A. Hematogenous pyogenic vertebral osteomyelitis. *J. Bone Joint Surg.* 42-A: 429, 1960.
4. GILMOUR, W. N. Acute hematogenous osteomyelitis. *J. Bone Joint Surg.* 44-B: 841, 1962.
5. GRIFFITHS, H.E.D. & JONES, D.M. Pyogenic infection of spine. *J. Bone Joint Surg.* 53-B: 383, 1971.
6. HALL, J.E. & SILVERSTEIN, E.A. Acute hematogenous osteomyelitis. *Pediatrics*, 31, 1033, 1963.
7. JORDAN, M.C. & KIRB, W.M.M. Pyogenic vertebral osteomyelitis. *Arch. Intern. Med.* 128: 405, 1971.
8. KEMP, H.B.S.; JOHNS, D.L.; MCALISTER, J.; GODLEE, J.N. The role of fluorine - 18 and strontium - 87m scintigraphy in the management of infective spondylitis. *J. Bone Joint Surg.* 55-B: 301, 1973.
9. LEACH, R.E.; GOLDSTEIN, H.H.; YOUNGER, D. Osteomyelitis of odontoid process. *J. Bone Joint Surg.* 49-A: 369, 1967.
10. PRITCHARD, A.E. & ROBINSON, M.P. Staphylococcal infection of the spine. *The Lancet.* 25: 1165, 1961.
11. PRITCHARD, A.E. & THOMPSON, W.A.L. Acute pyogenic infections of the spine in children. *J. Bone Joint Surg.* 42-B: 86, 1960.
12. ROSS, P.M. & FLEMING, J.L., Vertebral body osteomyelitis. Spectrum and natural history. A retrospective analysis of 37 cases. *Clinic Orthop. Rel. Res.* 118: 190, 1976.
13. STONE, D. & BONFIGLIO, M. Pyogenic vertebral osteomyelitis. *Archives of Internal Medicine.* 112: 491, 1963.
14. WALDVOGEL, F.A.; MEDOFF, G.; SWARTZ, M.N. Osteomyelitis: a review of clinical features therapeutic considerations and unusual aspects. *New England J. Med.* 282: 198, 1970.
15. WINTERS, J.L. & CAHEN, I. Acute hematogenous osteomyelitis. *J. Bone Joint Surg.* 42-A: 691, 1960.