

TUBERCULOSE ARTICULAR DO PUNHO

ARTICULAR TUBERCULOSIS OF THE WRIST

EDUARDO LAVOR SEGURA, ÉRICA CECÍLIA ARANTES DE GERARD FERREIRA, FERNANDA DE MARCHI BOSI PORTO, LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES, MARCELA SILVA FREITAS, ANDRÉ ZAVALONI MELOTTI, MARCELO ZAVALONI MELOTTI, RENATO NIEVES BARREIRA, ROGÉRIO SAVOY MACHADO, SÍLVIA CORDENONSI MICHELIN MACHADO

RESUMO

O objetivo é relatar um caso de tuberculose articular do punho em uma paciente, mostrando quadro clínico, exames complementares e o tratamento realizado. Paciente do sexo feminino, 53 anos, com quadro de dor monoarticular e edema no dorso do punho em contato com portador de tuberculose pulmonar. Realizado exames de imagem que evidenciaram sinovite crônica e os exames laboratoriais evidenciaram infecção pelo bacilo da tuberculose, sendo iniciado o esquema terapêutico adequado. A tuberculose é uma doença causada pelo agente Mycobacterium tuberculosis que afeta milhões de pessoas no mundo e no Brasil, responsável por elevada taxa de mortalidade, porém é pouco lembrada como causa de infecções articulares. Nos casos de um processo doloroso persistente monoarticular, sinovite crônica lenta, sem sinais ou sintomas evidentes comumente vistos nos casos de infecção bacteriana, a tuberculose articular deve ser pesquisada, para que possa ser corretamente diagnosticada e tratada adequadamente.

DESCRITORES: TUBERCULOSE; PUNHO; INFECÇÃO ARTICULAR.

ABSTRACT

The objective is to report a case of articular tuberculosis of the wrist in a patient, with a clinical picture, complementary tests and the treatment performed. Female patient, 53 years old, with monoarticular pain and edema without contact with the pulmonary tuberculosis patient. Imaging tests with chronic synovitis and laboratory exams were performed and showed the tuberculosis bacillus, starting the appropriate therapeutic regimen. Mycobacterium tuberculosis disease account for millions of patients around the world and in Brazil, responsible for the high mortality rate, as it is not always remembered as the cause of joint diseases. In cases of a persistent pain, monoarticular, chronic synovitis, and without symptoms similar as bacterial infection, a joint tuberculosis should be investigated, so that it can be diagnosed and treated correctly.

KEYWORDS: TUBERCULOSIS; WRIST SYNOVITIS; ARTICULAR INFECTION.

INTRODUÇÃO

O bacilo da tuberculose foi identificado, isolado e cultivado em 1872 por Robert Koch, pelo qual recebeu o prêmio Nobel em 1905. Quase 150 anos depois, Mycobacterium tuberculosis continua a afetar dois bilhões de pessoas (aproximadamente um terço da população mundial). Segunda causa mundial de mortalidade causada por um simples agente infeccioso, atrás apenas da AIDS. Globalmente em 2012 aproximadamente 8,6 milhões de pessoas se tornaram doentes com tuberculose (TB) e 1,3 milhões de pessoas morreram pela doença. Compreensivelmente, a infecção crônica mais comum na mão é a TB (1).

O número de casos multirresistentes (resistente a Isoniazida ou Rifampicina) no mundo é de aproximadamente meio

milhão em 45 países e os casos super-resistentes (resistente a Isoniazida, Rifampicina, qualquer fluorquinolona e pelo menos a 1 de 3 da segunda linha de drogas injetáveis) tem sido reportado em 17 países no mundo ao ano ⁽¹⁾.

Nosso país ocupa o 16º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo, estimando-se uma prevalência de 50 milhões de infectados, mas que não desenvolveram a doença, com contaminação de mais de 1,0 milhão de pessoas a cada ano pelo contato com os doentes. Anualmente surgem no Brasil, aproximadamente, 111 mil novos casos e ocorrem 6,0 mil mortes, sendo o Rio de Janeiro o estado com o maior número de casos. Este total de casos constitui a 9ª causa de internações por doenças infeccio-

sas, o 7º lugar em gastos com internação do Sistema Único de Saúde por doenças infecciosas e a 4ª causa de mortalidade por doenças infecciosas. As estatísticas nacionais e internacionais não deixam dúvida e servem de alerta para o problema ⁽¹⁾.

Existe também os casos NTM (No Mycobacterium tuberculosis) que podem simular a infecção, desde 1960 casos reportados de infecção por Mycobacterium tuberculosis vêm reduzindo e os casos de NTM se tornaram mais frequentes. Atualmente existem cerca de 120 espécies de NTM, das quais são 60 patógenos humanos. Mycobacterium abscessum é o mais comum nas articulações e vem de procedimentos invasivos com material não esterilizado. Mycobacterium marinum é o mais comum de infecções cutâneas. Mycobacterium avium, Mycobacterium chelonae e Mycobacterium haemophilum são os mais comuns e relacionados com AIDS. A TB e a NTM diferem no prognóstico e na sensibilidade para os antimicrobianos, sendo que podem cursar com uma infecção curável até uma infecção resistente que necessite de uma amputação ⁽²⁾.

O trabalho tem como objetivo relatar um caso de tuberculose articular do punho em uma paciente, mostrando quadro clínico, exames complementares e o tratamento realizado.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 53 anos, do lar, iniciou quadro de dor e edema no dorso do punho há cerca de 05 meses atendida em 20/04/2015. Hipertensa controlada e sem outras patologias de base. Sem antecedente de trauma prévio, esforços ou quadro prévio dos sintomas. Apresentava quadro de dor monoarticular e sem outras alterações sistêmicas em especial sem alterações pulmonares. Porém com história de contato com familiar portador de tuberculose pulmonar.

Ao exame físico presença de dor a flexo-extensão ativa de punho e dedos, sem bloqueio articular, mas doloroso a supinação do punho, edema difuso e ausência de sinais flogísticos. Exames laboratoriais inflamatórios/infecciosos normais. Apresentava radiografias em pósterio-anterior e perfil (figura 1) com sinais de redução dos espaços articulares rádio e ulno-cárpico, translação ulnar do carpo e deslocamento dorsal da ulna.



Figura 1: Radiografias do punho em pósterio-anterior (A) em perfil (B) evidenciando osteoartrite, diminuição dos espaços articulares.

Ressonância magnética apresentando as seguintes alterações (figura 2): acentuada sinovite e derrame articular radiocárpico, intercárpico e carpometacárpico. Erosão óssea dos ossos do carpo e metacarpos, tenossinovite dos flexores e extensores dos dedos. Quadro sugestivo e processo infeccioso ou inflamatório.

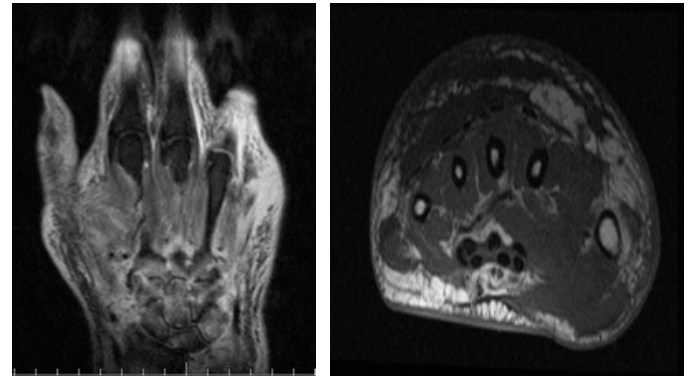


Figura 2: Ressonância Magnética corte coronal em T2 (A) e axial em T1 (B), evidenciando sinovite crônica.

Realizada cirurgia em 22/04/15 para realização de sinovectomia e tenólise, coletado material para cultura que não apresentou crescimento de microrganismos. Biópsia com anátomo-patológico de sinovite crônica inespecífica moderada.

Foi iniciado tratamento medicamentoso com corticoterapia via oral e solicitado exames laboratoriais para doenças reumáticas e encaminhado para avaliação reumatológica, retornando após cerca de 30 dias com melhora do quadro, porém com exames normais e descartado a hipótese de doença reumática pelo reumatologista.

Encaminhada para avaliação da infectologia, foi realizado exame de Prova Tuberculínica (PT) que apresentou resultado negativo. Foi encaminhada para realização do teste de interferon-gama (IGA), que é um teste imunológico, retirado de sangue periférico, que apresentou resultado positivo.

Iniciado o tratamento com esquema de Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol na fase de ataque por 02 meses e posteriormente Rifampicina e Isoniazida por 04 meses na fase de manutenção apresentando uma boa evolução com melhora da dor, redução do quadro inflamatório e restabelecendo a função do punho, recentemente reavaliada persistindo assintomática.

DISCUSSÃO

Tuberculose articular nas extremidades é muito raro e ocorrem em apenas 1% dos pacientes com tuberculose extrapulmonar. O punho é a articulação mais acometida pelo Mycobacterium tuberculosis no membro superior. A infecção articular pode ocorrer através da via hematogênica ou através

de uma tenossinovite não tratada. Tem sido demonstrado que a infecção se espalha dos tendões flexores para a articulação e depois para dorsal atingindo os tendões extensores, resultando em edema de ambos os lados do punho. Acometimento dos cotovelos e interfalângicas são bem menos comuns ⁽³⁻⁵⁾.

A tenossinovite tuberculosa, artrite e bursite simulam a sinovite reumatóide mas localizam-se em poucos tendões, articulações ou bursas. Ausência de um quadro de artrite generalizada ou tenossinovite proliferativa de origem desconhecida pode alertar para a possibilidade de tuberculose. Biópsia para histopatologia e microbiologia são sempre necessárias para definir o diagnóstico, porém pode ser necessário repetir em culturas negativas, pois os microrganismos são esparsos e de difícil crescimento ⁽⁶⁾.

Locais das infecções tuberculínicas do membro superior são pele, subcutâneo, articulações e ossos. Os três locais mais comuns de infecção na mão são: tendões flexores, articulações do punho e osteomielite das falanges (dactilite) ⁽⁷⁾.

Dos 32 casos de tuberculose na mão vistos durante 04 anos por Kotwal et.al ⁽⁸⁾, 12 casos tiveram acometimento ósseo, 14 casos acometimento dos tendões flexores ou extensores. Nos 12 casos com acometimento ósseo, 06 casos apresentaram infecção do punho e outros 06 casos dactilite com acometimento dos metacarpos ou falanges.

O caso apresentado segue o padrão descrito na literatura com acometimento tendinoso, articular e ósseo. Reporta também a dificuldade em se estabelecer o diagnóstico da tuberculose nas articulações como o punho. A tuberculose é uma doença frequente ainda em nível mundial e nacional, responsável por elevada taxa de mortalidade, porém é pouco lembrado como causa de infecções articulares. Nos casos de um processo doloroso persistente monoarticular e sem sinais e ou sintomas evidentes comumente vistos nos casos de infecção bacteriana, a tuberculose articular deve ser pesquisada, para que possa ser corretamente diagnosticada e tratada adequadamente.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira EA. - Tuberculosis: a general approach of the main aspects. Rev. Bras. Farm. 2012. 93(1): 3-9.
2. Ueki SYM. Micobactérias não-tuberculosas: diversidade das espécies no estado de São Paulo. J.Bras Patol Med Lab. 2005. 41(1): 1-8.
3. Capone D, Mogami R, Lopes AJ. Tuberculose Extrapulmonar. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ.2006; 5:54-67.
4. Hijjar MA, Procópio MJ. Tuberculose – Epidemiologia e Controle no Brasil. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ.2006. 5:2-6.
5. Malaviya NA, Kotwal PP. Arthritis associated with tuberculosis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2003; 17(2): 319-43.
6. Cardoso A. Regras de ouro em reumatologia. Lisboa: DGS, 2005. 144.
7. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil – Ministério da Saúde, 2011.
8. Chakrabarti I. Wrist arthroplasty: A review. J Hand Microsurg. 2009. 1(2):72-5.