

# TUBERCULOSE ÓSSEA: CASO CLÍNICO

DINORA VILALONGA\*; CARLOS MATOS\*; FERNANDO PERES\*; MARIA JOSÉ COELHO\*\*;  
JOSÉ ADRIANO RABAÇAL\*\*\*

## RESUMO

*As patologias infecciosas de origem dentária são muito frequentes, podendo apresentar-se sob diversas formas clínicas ou surgir no contexto de doenças de carácter sistémico e serem a primeira manifestação semiológica. Apresenta-se um caso de osteofleimão da face sob a forma comum de infecção dos tegumentos, em que foi efectuada fistulectomia, cujo resultado histopatológico foi de granuloma tuberculoso. A prova de Mantoux foi positiva. Não se identificaram sinais radiológicos ou laboratoriais evidentes de tuberculose pulmonar. Houve cura completa após quimioterapia de quatro meses de duração.*

**Palavras-Chave:** Abcesso, fístula, tuberculose.

## SUMMARY

*The infection pathologies of dental origin are frequent and daily observed. They may be present in several clinical forms, however, they may appear in a disease context of systemic character and be the first semiologic manifestation. This is a case of osteophlegmon of the face and it appeared as a common form of infections of the oral soft tissues. A fistulectomy was performed, having an histopathologic result of granulation tuberculosis. The Mantoux test was positive. Radiologic and laboratory signs of pulmonary tuberculosis were not identified. There was a complete cure after four months of chemotherapy treatment.*

**Key-Words:** Abscess, fistula, tuberculosis.

Dinora Vilalonga et al. Tuberculose Óssea: Caso Clínico. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 1997; Vol. 38(2): 107-110.

## INTRODUÇÃO

Na Unidade de Cirurgia Oral e Maxilofacial Reconstructiva do Hospital de S. Bernardo, a

Consulta de Estomatologia atende uma população diversificada, que se pode dividir em doentes “não urgentes” e “urgentes”. São observados prioritariamente doentes com patologia geral associada à patologia oromaxilofacial, como por exemplo, doentes insuficientes renais crónicos (em hemodiálise ou não) doentes com cardiopatias (vasculares/congénitos, transplantados, endocardites...), doentes oncológicos (em programa de quimioterapia/radioterapia ou não) e doentes com

\* - Especialista em Estomatologia.

\*\* - Especialista em Cirurgia Plástica.

\*\*\* - Especialista em Cirurgia Plástica e Maxilofacial.

Serviço de Estomatologia (Director: Dr. José Adriano Rabaçal). Hospital de S. Bernardo, Setúbal

doenças infectocontagiosas (SIDA, Hepatite B/C, portadores...) e todos os outros que o senso clínico recomenda. No grupo de doentes urgentes o âmbito da população é bastante mais amplo.

A área de influência do Hospital de S. Bernardo de Setúbal, apresenta importantes faixas de população com carência sócio-económica, permitindo condições de aumento da incidência de doenças como a tuberculose que mantém aqui uma prevalência elevada de acordo com os indicadores do chamado Mundo Ocidental.

## CASO CLÍNICO

Doente de 15 anos, sexo masculino, raça branca, vindo à nossa consulta por "abcesso" alveolar, complicado de fistula cutânea, que surgiu após extracção do dente 46, efectuada um mês antes na sequência de odontalgia permanente. O exame clínico foi negativo para febre, anorexia, perda de peso, sudação nocturna, tosse, expectoração ou outras alterações do estado geral.

O exame intraoral revelou uma tumefacção da região alveolar do 46, tábuca externa, de consistência firme e dolorosa, acompanhada de eritema das mucosas adjacentes e de drenagem purulenta por fístula externa localizada na região geniana baixa. Simultaneamente, havia várias peças dentárias cariadas em diferentes estadios de evolução, placa bacteriana e gengivite. Não se verificavam alterações nos movimentos mandibulares, nem se palpavam adenomegalias na região submaxilar, submentoniana ou nas cadeias cervicais.

O exame radiológico (radiografia retroalveolar e ortopantomografia) revelou uma imagem adjacente ao fundo do alvéolo do 46, mista com zonas radiopacas e radiotransparentes, de 1 cm aproximadamente e de limites mal definidos (Fig. 1 e 2).

Perante o caso clínico diagnosticou-se osteomielite (osteíte) em fase de supuração activa complicada de celulite. O doente foi medicado com amoxiciclina 1 gr 8/8 horas, nimessulide 100 mg 12/12 horas, instituição de

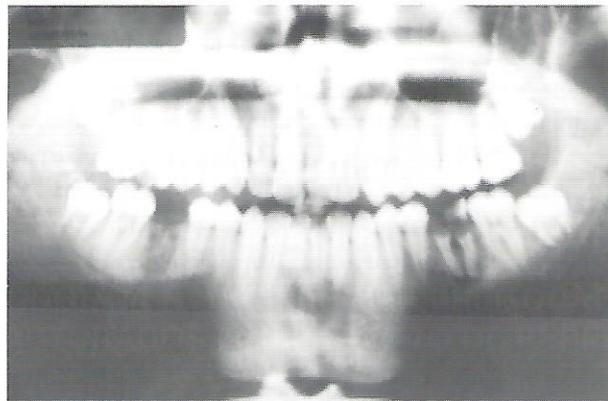


Fig. 1 - Radiografia panorâmica.



Fig. 2 - Radiografia periapical.

higiene oral adequada complementada com o uso do colutório clorohexidina a 0,1% três vezes dia, tendo melhorado o quadro clínico.

Uma semana depois, sob anestesia local em bloco operatório, foi efectuada fistulectomia cutânea com desbridamento dos planos adjacentes e curetagem alveolar. Manteve a terapêutica antimicrobiana e a presença de um dreno na ferida operatório por um período de uma semana.

O relatório de exame anatomopatológico do material recolhido foi: identifica-se processo inflamatório crónico com formação de granulomas epitelióides, com células gigantes multinucleadas, algumas do tipo Langhans. Há áreas de necrose. Sugere-se o despiste de tuberculose...

Em colaboração com o respectivo médico de família o doente foi orientado para uma consulta especializada no C.O.P. (Centro de Diagnóstico Pulmonar). Os exames radiológicos do torác (P.A. e perfil) então efectuados,

mostravam imagens de hipopermeabilidade na região infraclavicular esquerda. A prova de Mantoux 2U RT23 foi positiva com 16 mm de induração (vacinado com BCG em Fevereiro de 1986), Fig. 3, 4. Os exames laboratoriais de pesquisa de BX na expectoração-directos (Ziehl-Nielsen) e culturais em meio Lowenstein foram negativos para amostras de três dias. Dos restantes exames analíticos (hematologia, bioquímica, imunologia) só a Prot. C reactiva estava elevada (1,24 mg/dl N= < 0,8 mg/dl).

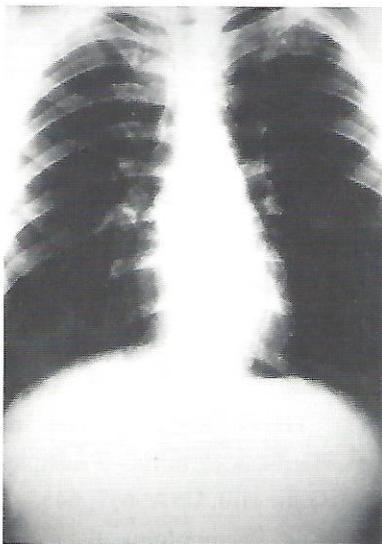


Fig. 3 - Radiografia do Torax - P.A..



Fig. 4 - Radiografia do Torax - Perfil.

Tendo em consideração que só um terço dos doentes com tuberculose pulmonar mínima têm testes culturais da expectoração positivos e baseados na semiologia radiológica, foi decidido instituir terapêutica tuberculostática (Fig. 5). Em Setembro iniciou o tratamento com o esquema de Isoniazida + Rifampicina + Pirazinamida + Estreptomina. Em Novembro passou a Estreptomina + Pirazinamida. Actualmente, após quatro meses de tratamento, está medicado com Isoniazida + Rifampicina por mais cinco meses até completar os nove meses de tratamento, perante a excelente evolução clínica e radiológica (reabsorção das lesões parenquimatosas).

## DISCUSSÃO

Em relação a este caso clínico podemos afirmar, retrospectivamente, que baseado, em dados clínico-radiológicos colhidos na primeira consulta, na ausência de outras queixas do foro geral, seria impossível distinguir uma osteomielite piogénica (causa dentária) de uma osteomielite de outra natureza, neste caso, tuberculosa. Poderemos, ainda, questionar se o que motivou a extracção do dente 46 teria sido simplesmente um processo infeccioso de causa dentária ou se a infecção óssea tuberculosa mimetizou esse processo ou, então, se teria havido uma patologia mista.

Clinicamente, as infecções tuberculosas ósseas são pouca habituais. Instalam-se sob a forma de disseminação miliar da medula óssea, através da corrente sanguínea (disseminação hematogénica) de organismos originados em tuberculose pulmonar, mas podem também desenvolver-se por extensão directa da infecção tuberculosa dum foco caseoso, o que é, ainda, mais raro. Contrariamente a este caso, os tubérculos miliares instalados após a disseminação têm habitualmente poucas consequências para o doente. As biópsias medulares podem levar ao diagnóstico de uma infecção obscura em situações de febre prolongada. A osteomielite tuberculosa tende a aparecer como uma infecção crónica insidiosa, mas muito mais destrutiva. A osteomielite piogénica, geralmente, tem um curso clínico de cariz

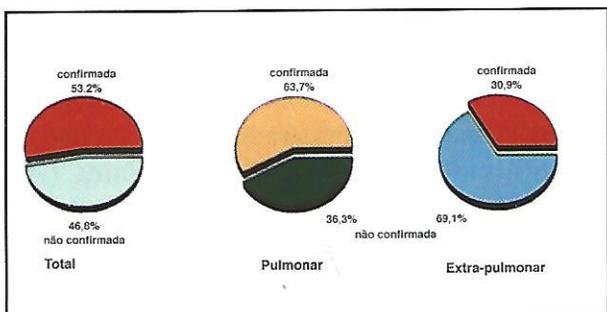


Fig. 5 - Confirmação de diagnóstico.

agudo e exuberante, mas menos destrutivo. As localizações preferidas são os ossos longos e a coluna vertebral, podendo também surgir no crânio, pés e costelas<sup>(2,3)</sup>.

### CONCLUSÃO

Em Portugal segundo dados referentes a 1993, a tuberculose continua a ser um importante problema de Saúde Pública<sup>(4)</sup>. Pelo estudo da evolução da sua prevalência e incidência, verifica-se que a seguir a uma descida acentuada observada desde a década de 60, se assistiu a partir de 1976 a uma quase estagnação, depois de um certo aumento em 1975. A população mais atingida é a dos jovens adultos, sobretudo do sexo masculino, das áreas das grandes cidades do litoral - Braga, Porto, Lisboa e Setúbal<sup>(4)</sup> (Fig. 6,7).

Podemos realçar a propósito deste caso clínico, nunca se devem descuidar, mesmo em situações aparentemente banais, a importância do exame anatomopatológico e a boa articulação entre as várias especialidades médicas e os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde.

Portugal é um dos Países da Europa com maior incidência de tuberculose<sup>(2,5)</sup>. Só por si este motivo é suficiente para afirmar a necessidade de um diagnóstico correcto e precoce da doença e, num sentido mais restrito, conseguir que a Saúde Oral esteja ao cuidado do pessoal de saúde médico.

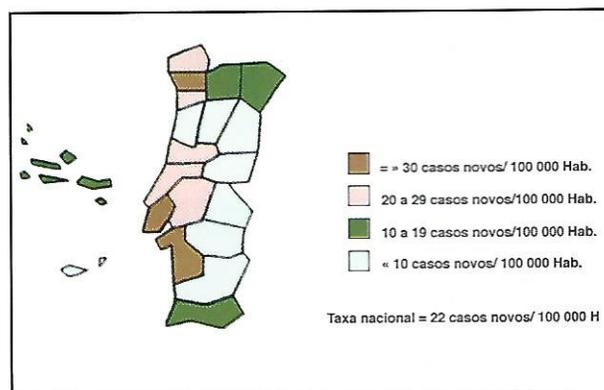


Fig. 7 - Incidência em menores de 15 anos.

### BIBLIOGRAFIA

1. DANIEL TH - Mycobacterial diseases, 6, Tuberculosis, Harrison, 12 th Ed. "Principles of Internal Medicine" McGraw Hill, USA. 637, 645.
2. 26º Curso de Pneumologia para pós-graduados (Tuberculose e outras micobacterioses), Lisboa 1993.
3. The musculoskeletal system, 31, Robbins - Pathologic Basis of Disease. Saunders 1974. Boston. 1420-1476.
4. Boletim da Associação Nacional de Tuberculose e Doenças Respiratórias, Ano 3, Dezembro 1993.
5. Tuberculose - Aspectos actuais. Departamento de Pneumologia do Hospital Pulido Valente. Faculdade de Ciências Médicas.

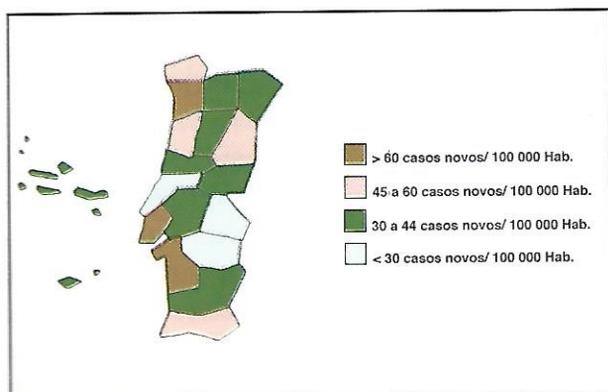


Fig. 6 - Incidência por distribuição geográfica.