
CASO XIX

Osteomielite com Focos Múltiplos

Caso contribuído pelo Prof. Marino Lazzareschi (*)

Paciente do sexo masculino, de 22 anos de idade, que foi admitido à Clínica Médica do Hospital São Paulo em 10 de junho de 1975. Tinha queixas de febre, cefaléia, tosse seca, calafrios e dor na região infraclavicular esquerda há 3 dias. Depois apresentou escarros hemoptóicos. Foi feita radiografia de tórax a qual evidenciou uma lesão óssea do arco posterior da terceira costela, lesão osteolítica, insuflante, de bordos adensados e multilocular (Fig. XIX-1). Suspeitou-se de uma

lesão parenquimatosa que envolveu a costela, possivelmente tuberculose, mas todos os exames foram negativos. Foi solicitada então a opinião da Ortopedia e, revendo a história do paciente, observamos um fato curioso: 9 meses antes da internação o paciente sentiu dores na raiz da coxa esquerda, com impotência funcional, tendo sido inter-

(*) Hospital S. Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo — SP.

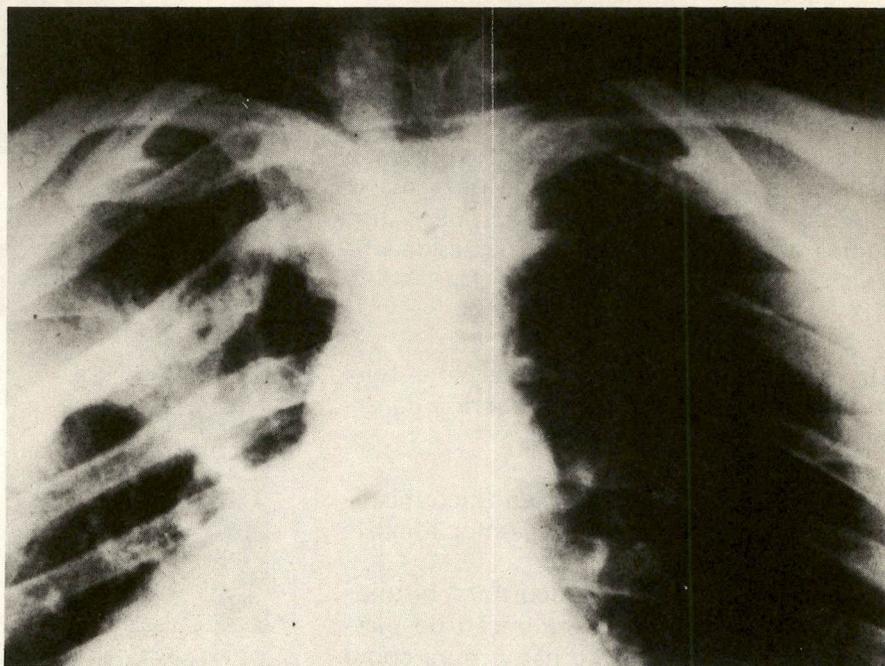


Fig. XIX-1 - Rx das lesões costais à direita.

nado em um hospital com o diagnóstico de reumatismo. Nessa ocasião, ele apresentou febre alta durante 3 dias, tendo também, nessa época, apresentado um "furúnculo" na face lateral do tórax que fistulizou e permaneceu aberto durante um mês. Melhorando, teve alta do hospital, passando a ter, esporadicamente, crises dolorosas na região lombo-sacra com irradiação para o membro inferior esquerdo.

Ao exame físico, o estado geral era bom, marcha normal. Cicatriz na face lateral do hemitórax medindo 0,10 x 0,15 cm, aliás, 1,00 x 1,50 cm, irregular e aderente aos planos profundos. Havia alteração na 8ª costela direita que se revelou, na radiografia, muito semelhante à da 3ª costela. O hemograma mostrou leucocitose: 14.000/mm³, neutrofilia sem desvio à esquerda e hemossedimentação de 52 mm. Leucocitúria. A eletroforese de proteínas mostrou discreta albuminemia, aumento discreto de gama-globulina, sendo o total normal. Escarro normal.

Opinamos, então, que o paciente tinha apresentado uma osteomielite de evolução insidiosa, com dois focos e opinamos pela ressecção. Foi retirado o 3º arco costal e o aspecto macroscópico era de uma massa caseosa amarela. Foram feitas depois outras radiografias que revelaram alterações da articulação sacro-ilíaca e do crânio (Figs. XIX-2, XIX-3 e XIX-4).

Dr. Brenner — Existe esclerose com borramento discreto da parte superior da articulação sacro-ilíaca.

Prof. Lazzareschi — O diagnóstico histopatológico na ocasião foi de Plasmocitoma.

Prof. Schajowicz — Não concordo. A histologia mostra uma intensa infiltração de plasmócitos, mas a infiltração não é pura como

no Mieloma, e está acompanhada de abundantes elementos linfocíticos, histiocíticos, xantomatosos, como se vê em processos crônicos, supurativos ou não. Isto é, sem dúvida, uma Osteomielite com focos múltiplos (Figs. XIX-5 e XIX-6).

Prof. Lazzareschi — Foi feita nova biópsia ao nível da sacro-ilíaca, tendo sido notado o mesmo aspecto macroscópico: cavidades multiloculadas com paredes densas, com material friável no seu interior, que se estendia quase até a pele, como se fosse uma fístula. O hematologista afirmou na ocasião, com base em esfregaços, que não era Mieloma, mas sim uma reação plasmocitária

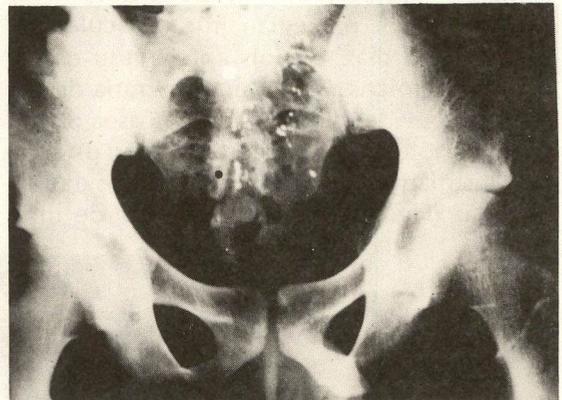


Fig. XIX-2 - Rx das articulações sacro-ilíacas.

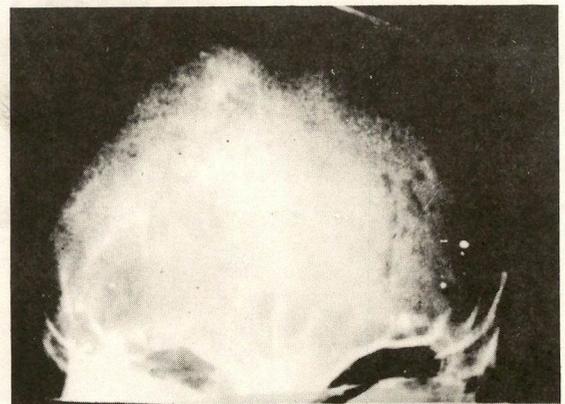


Fig. XIX-3 - Rx das lesões de crânio (AP).

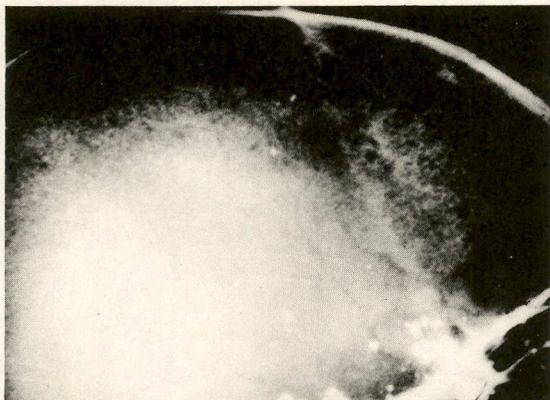


Fig. XIX-4 - Rx das lesões de crânio (perfil).

a um processo inflamatório ou infeccioso local, crônico, enquanto que a histopatologia reafirmava o diagnóstico inicial de Pasmocitoma. Outro patologista sugeriu tratar-se de Histiocitose. Diante desse desacerto, nós resolvemos tratá-la como Osteomielite.

Dr. Bitar — Radiologicamente e clinicamente já me parecia um processo inflamatório crônico infeccioso.

Dr. Consentino — Exatamente. Eu nunca vi nenhum caso de Mieloma Múltiplo em paciente de 22 anos.

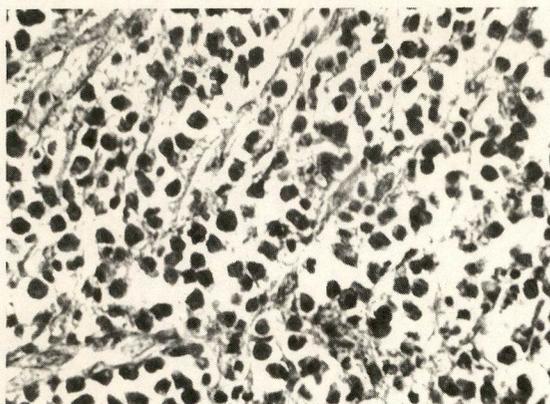


Fig. XIX-5 - Aspecto microscópico. Infiltrado mononuclear com predomínio de plasmáticos.

Dr. José Luiz Furtado — Eu já vi um caso semelhante a este. Era uma Actinomicose que também evoluiu com fístulas e lesões costais.

Prof. Lazzareschi — Foram feitos vários exames, inclusive cultura do material, não tendo sido encontrado nada significativo. Também para Mieloma todos os exames foram negativos.

Dr. Prates — Gostaria de saber se foi feita cultura especificamente para fungos, pois existem alguns que não aparecem nas colorações histológicas de rotina.

Prof. Lazzareschi — Todos os exames para fungos foram negativos.

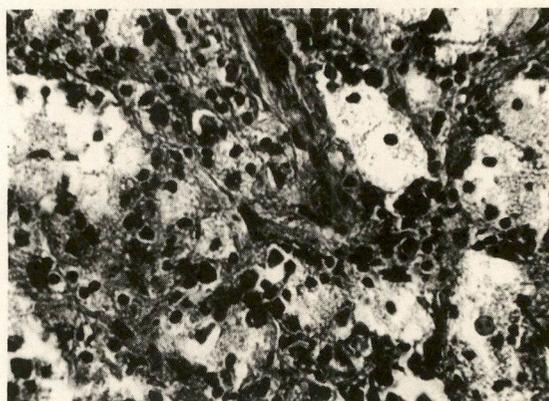


Fig. XIX-6 - Aspecto microscópico. Zona histiocitária.



Fig. XIX-7 - Aspecto microscópico. Pequeno aumento.