

## Osteomielite crónica não bacteriana unifocal da mandíbula

Sousa MV<sup>1</sup>, Malheiro R<sup>2</sup>, Neves J<sup>1</sup>, Varandas L<sup>1</sup>, Conde M<sup>3</sup>

ACTA REUMATOL PORT. 2014;39:94-95

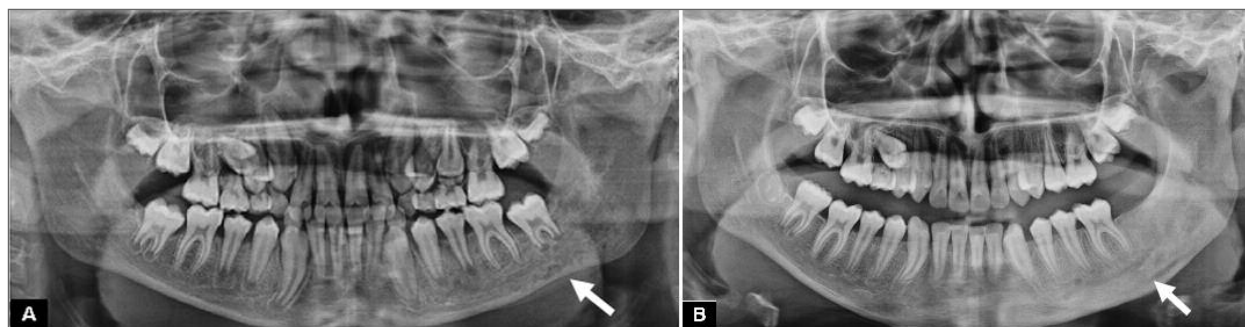
Adolescente de 12 anos de idade, sexo masculino, com diagnóstico prévio de Síndrome de Dandy-Walker, observado no serviço de urgência por tumefacção mandibular esquerda dolorosa, com dois meses de evolução, sem «foco séptico» odontogénico. Na avaliação laboratorial inicial, apresentava contagem de leucócitos de  $6,9 \times 10^9/L$  (neutrófilos 46,5%, linfócitos 42,0%, monócitos 8,0%), PCR 0,6 mg/dL e VS 39 mm/h. A tomografia computadorizada (TC) maxilo-facial (Fig. 2-A) demonstrou lesões líticas e lesões escleróticas ao nível do corpo e ramo ascendente esquerdos da mandíbula e a cintigrafia óssea, com Tc-99, evidenciou aumento da remodelação óssea com igual localização, sem outros focos adicionais. A análise histopatológica de fragmento ósseo revelou irregularidade das trabéculas, activação osteoblástica e osteoclástica num estroma conjuntivo pouco celular, com hemossiderose focal, sem infiltrado inflamatório nem tecido neoplásico, constituindo alterações reactivas sugestivas de osteomielite crónica. A investigação microbiana extensa (sangue e biópsia de tecido) foi negativa. No início do quadro clí-

nico efectuou dois cursos de antibioticoterapia (inicialmente amoxicilina-ácido clavulânico oral, depois flucloxacilina com clindamicina endovenosos), não se tendo objectivado melhoria clínica. Realizou, posteriormente, prova terapêutica com anti-bacilares com ausência de resposta clínica e laboratorial. Iniciou, então, indometacina (3mg/kg/dia) para Osteomielite Crónica Não Bacteriana, tendo-se observado melhoria clínica progressiva, normalização da VS e PCR e evolução imagiológica favorável (Fig. 1-B e 2-B). Suspendeu anti-bacilares após culturas em meio de Lowenstein negativas.

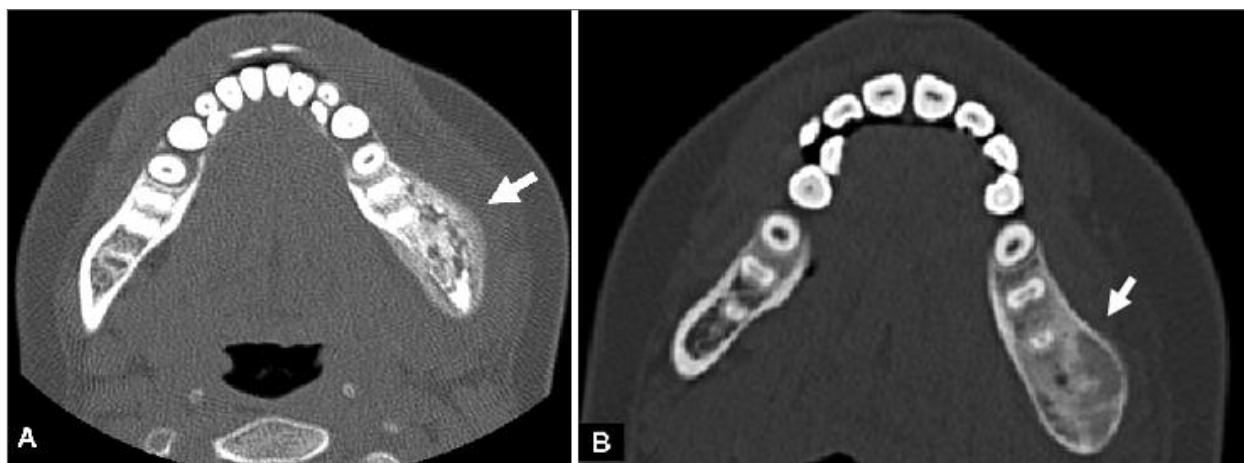
Um ano e meio depois, verificou-se recidiva sintomática, laboratorial e radiológica, tendo sido realizado ciclo terapêutico de três dias com pamidronato endovenoso, com excelente resposta clínica.

A Osteomielite Crónica Não Bacteriana é um síndrome auto-inflamatório raro, de etiologia desconhecida<sup>1-2</sup>. Na maioria das vezes apresenta envolvimento ósseo multifocal, afetando predominantemente a metáfise dos ossos longos, mas as lesões podem ocorrer em qualquer localização<sup>3</sup>, incluindo a mandíbula em 21% dos casos<sup>2</sup>. A idade média de início é de 10 anos e o sexo feminino é mais frequentemente atingido (*ratio* 5:1)<sup>1,4</sup>. Numa fase inicial, a Osteomielite Crónica Não

1. Unidade de Infeciologia, Hospital Dona Estefânia
2. Unidade de Estomatologia, Hospital Dona Estefânia
3. Unidade de Reumatologia, Hospital Dona Estefânia



**FIGURA 1.** Ortopantomografia inicial (A), revelando lesões escleróticas e lesões líticas hemimandibulares esquerdas. Após terapêutica (B) e extracção de 3.7, verifica-se reaparecimento do trabeculado habitual, sugerindo *restitutio ad integrum*



**FIGURA 2.** TC maxilo-facial inicial (A), revelando áreas líticas alternando com áreas escleróticas hemimandibulares esquerdas, com soluções de continuidade das tábuas interna e externa, associadas a espessamento do periósteo envolvente. Após terapêutica anti-inflamatória, comprova-se evolução favorável (B), traduzida no quase desaparecimento das áreas líticas, restabelecimento da continuidade das corticais e ausência de sinais de periostite.

Bacteriana pode mimetizar uma osteomielite bacteriana aguda ou malignidade<sup>1-2</sup>. O diagnóstico definitivo só é possível após exclusão destas patologias, sobretudo na presença de lesão única em localização incomum e deve ser considerado quando existe um decurso clínico instável e má resposta à terapêutica antimicrobiana<sup>1,4</sup>.

A maioria das crianças apresenta uma evolução clínica favorável, mas as recaídas e novas lesões radiológicas assintomáticas, podem ocorrer a qualquer momento e em qualquer localização, sendo fundamental o seguimento médico a longo prazo<sup>3,5</sup>.

#### CORRESPONDENCE TO

Maria Vânia Teixeira de Sousa  
Rua do Barco n° 17, Bloco 1, 3°D  
E-mail: mvtsousa@gmail.com

#### REFÊRENCIAS

1. Chun CS. Chronic recurrent multifocal osteomyelitis of the spine and mandible: case report and review of the literature. *Pediatrics* 2004; 113(4): e380-e384.
2. Borzutzky A, Stern S, Reiff A, et al. Pediatric Chronic Nonbacterial Osteomyelitis. *Pediatrics* 2012; 130(5): e1190-e1197.
3. Beck C, Morbach H, Beer M, et al. Chronic nonbacterial osteomyelitis in childhood: prospective follow-up during the first year of anti-inflammatory treatment. *Arthritis Research & Therapy* 2010; 12(2): R74.
4. Wipff J, Adamsbaum C, Kahan A, Job-Deslandre C. Chronic recurrent multifocal osteomyelitis. *Joint Bone Spine* 2011; 78: 555-560.
5. Cimolai N. Chronic multifocal osteomyelitis: Is infectious causation a moot point? *Journal of Infection and Public Health* 2011; 4(4): 157-168.