

Osteomielite crônica como uma armadilha ao diagnóstico na prática do dermatologista

Márcio Custódio Borges Júnior¹, Giovanna Guzzo¹, Alessandra Martins de Souza¹, Josiane Monção Andrella¹, Pedro Matheus Benelli, João Roberto Antônio¹

RESUMO

Na prática clínica da dermatologia não é incomum nos depararmos com situações desafiadoras, de difícil caracterização e que podem nos induzir ao erro diagnóstico. Quadros cutâneos com apresentações semelhantes entre si estão aqui incluídos e, neste caso, é de suma importância a atuação do médico dermatologista de forma a unir as informações da anamnese, exame físico e exames complementares, a fim de excluir condições de pior prognóstico e que requerem atuação mais agressiva de outras condições benignas e/ou com menor impacto negativo. Apresentamos abaixo uma dessas situações de desafio diagnóstico em que uma lesão cutânea secundária à osteomielite crônica foi inicialmente atribuída à causa inflamatória ou neoplásica.

Palavras-chave: Osteomielite, Erros diagnósticos, Diagnósticos diferenciais, Lesões de pele.

1. Faculdade Estadual de Medicina de São José do Rio Preto, (SP), Brasil.



INTRODUÇÃO

Lesões cutâneas solitárias de curso crônico e indolente podem se apresentar como um desafio diagnóstico ao médico dermatologista. Faz-se essencial a investigação de etiologia para correta abordagem, tratamento e evitar sequelas. Casos de osteomielite podem ter manifestações cutâneas sobrejacentes à área óssea acometida, semelhantes a nódulos inflamatórios inicialmente e que evoluem com formação de fístula com drenagem de secreção¹. Esta apresentação pode levar ao atraso diagnóstico, pois mimetiza outras condições às quais o dermatologista está mais familiarizado. Apresentamos abaixo um relato de caso e posterior discussão com a finalidade de ressaltar a importância da coleta de uma boa anamnese associada ao exame físico para guiar o diagnóstico diante dessas situações.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 47 anos, ocupação em construção civil e sem comorbidades prévias, compareceu ao ambulatório de Dermatologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) com queixa de lesão em face posterior de coxa direita de início há 5 anos e não conseguia associar fator desencadeante. Observava crescimento progressivo, com períodos de melhora e piora, aumento progressivo da intensidade de sintoma álgico local e drenagem de secreção purulenta intermitente.

Ao longo da evolução, refere ter feito alguns cursos de antibioticoterapia com melhora apenas parcial. Nos últimos três meses, havia observado piora da lesão.

Ao exame, observava-se tumoração eritematoviolácea com dimensões de 9x4,5 cm em face posterior de coxa direita, infiltrada, com ponto exulcerado, sem sinais de infecção secundária e halo acastanhado no entorno (Figura 1). Sem outras alterações ao exame físico.

Feitas hipóteses diagnósticas de paracoccidiodomicose, leishmaniose tegumentar, esporotricose, cromomicose, dermatofibrosarcoma protuberans, carcinoma espinocelular e melanoma amelanótico; e solicitadas biópsias de fragmento de pele com cultura para bactérias, micobactérias e fungos.



Figura 1. Visão frontal de lesão em face posterior de coxa direita

No seguimento, paciente retornou após 1 mês e a lesão mostrava-se com aspecto úmido e dois orifícios de drenagem em porção centro-lateral e central, sendo que o primeiro, e de maiores dimensões, apresentava drenagem de secreção purulenta em pequena quantidade (Figuras 2 e 3).



Figura 2. Visão superior de lesão em face posterior de coxa direita evidenciando placa eritematoviolácea com leve descamação em colarete mais em borda inferior e um dos orifícios de drenagem em porção centro-lateral.



Figura 3. Visão aproximada da lesão em face posterior de coxa direita, evidenciando dois pontos de abertura com saída de pequena quantidade de secreção piosserosa.

O anatomopatológico da biópsia de pele evidenciou acantose e leve espongiose na epiderme, neovascularização, fibrose e focos de infiltrado predominantemente linfocitário perivascular e com extensão até os septos de tecido adiposo superficial (paniculite septal). Ausência de reação granulomatosa no material. Pesquisa de bacilo álcool resistente e fungos foram negativas.

Cultura para bactérias, micobactérias e fungos resultou negativa.

Devido à mudança no aspecto da lesão, foi feita nova investigação de fatores precedentes ao início da lesão. O paciente relatou que três anos antes do início da lesão havia sido vítima de acidente automobilístico com fratura exposta de fêmur direito e foi submetido à correção cirúrgica em serviço externo.

Com base nas novas informações e do exame da lesão, a hipótese diagnóstica foi alterada para fístula cutânea secundária a um processo de osteomielite crônica após correção cirúrgica de fratura de fêmur.

O paciente foi submetido a exames de imagem para confirmação. Radiografia de coxa direita mostrou fixador com osteossíntese metálica. Ressonância magnética evidenciou presença de trajeto fistuloso na região posterior da coxa direita, iniciando-se a cerca de 16,4 cm da articulação coxofemoral junto ao material de síntese metálica, estendendo-se inferiormente e posteriormente até sua exteriorização através da pele, em um trajeto estimado em cerca de 5,8 cm com realce periférico após injeção endovenosa do meio de contraste paramagnético. Não se observou presença de imagem sugestiva de coleções intraósseas detectáveis (Figura 4).

Confirmada a hipótese de fístula cutânea após correção cirúrgica de fêmur, o paciente foi encaminhado à equipe de Ortopedia para avaliação do caso e abordagem.

Nos meses seguintes, paciente perdeu seguimento no ambulatório de Dermatologia. Em consulta ao prontuário, foi constatado registro de abordagem cirúrgica pela equipe de Ortopedia com retirada de material de síntese de fratura prévia.

DISCUSSÃO

Osteomielite crônica é uma infecção óssea persistente com incidência estimada em 4 a 64% em fraturas expostas e 1 a 2% em próteses articulares². Segundo Lew e Waldvogel, pode ser classificada de acordo com a etiologia em três categorias: disseminação hematogênica, foco contíguo relacionado a trauma, cirurgia, material protético e dos tecidos moles adjacentes; e associada à insuficiência vascular, geralmente secundária ao diabetes melitus³.

É caracterizada por um quadro infeccioso indolente do tecido ósseo com presença de microorganismos por longo prazo, sequestro ósseo, inflamação de baixo grau e formação de fístula². Esta última apresenta a abertura externa na pele de um trajeto sinuoso a partir do sítio de infecção óssea com drenagem de secreção intermitente. A superfície cutânea sobrejacente ao osso afetado, onde se observa a abertura do trato fistuloso, apresenta-se eritematosa, de consistência firme, edemaciada e dolorosa^{1,4}.

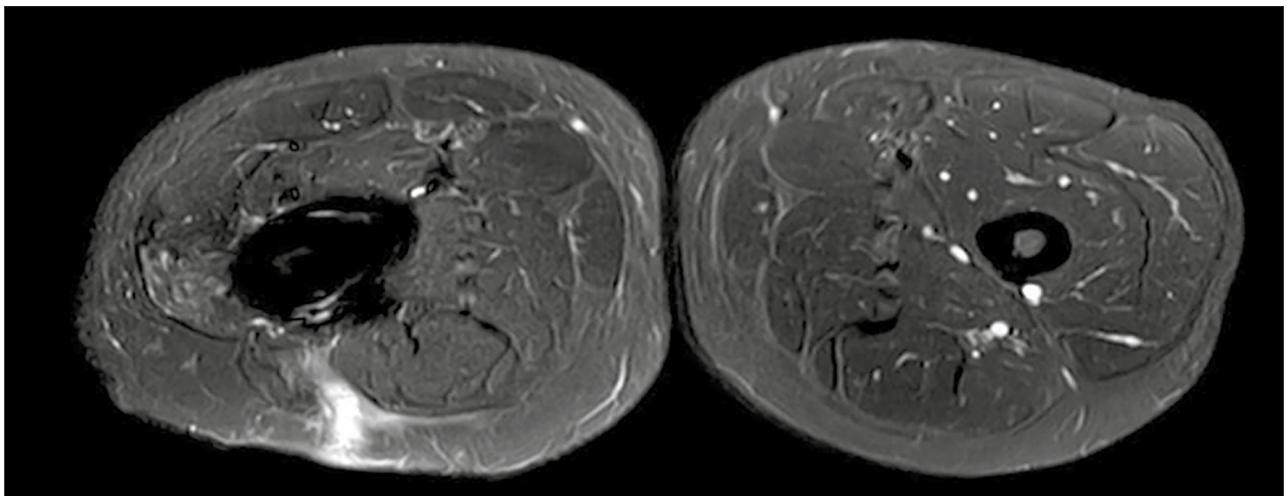


Figura 4. Imagem de exame de ressonância magnética de membros inferiores evidenciando trajeto fistuloso em face posterior de coxa direita com realce após contraste.

Neste contexto, a presença de lesão cutânea descrita acima pode ser motivo para consulta em serviço de Dermatologia, como ocorreu no caso relatado acima. Caberá ao dermatologista colher uma anamnese minuciosa e associar aos achados do exame físico para construção da hipótese diagnóstica e diagnósticos diferenciais, sendo de fundamental importância a exclusão de neoplasias cutâneas que podem ter apresentação semelhante e têm seu prognóstico afetado por atraso no diagnóstico.

Hakamifard et al. relataram caso de idoso com história de nove meses de evolução de úlcera secretiva sobre placa eritematoedematosa em calcâneo após trauma com espinho de flor. Inicialmente tratada sem sucesso como osteomielite, foi evidenciado diagnóstico de melanoma amelanótico após biópsia de lesão⁵.

Vale salientar ainda a importância da avaliação de úlceras e fístulas crônicas pelo médico dermatologista devido ao risco de malignização sobre a lesão, principalmente com transformação para carcinoma espinocelular⁶. Por mecanismo ainda desconhecido e de ocorrência pouco frequente, sinais como aumento da drenagem de secreção pela fístula e do crescimento exofítico da lesão podem ser indicativos de transformação maligna⁶.

CONCLUSÃO

Osteomielite é uma infecção do tecido ósseo com incidência crescente nas últimas décadas, principalmente associada ao aumento do uso de materiais protéticos em cirurgias ortopédicas⁴.

Em quadros de cronificação, pode haver o surgimento de trato fistuloso de comunicação entre o sítio ósseo de infecção e a superfície cutânea, onde observa-se uma placa endurecida com ponto de drenagem de secreção.

Diante de tal apresentação, pode haver confusão e dificuldade na abordagem devido à semelhança com outras lesões. Cabe ao médico dermatologista proceder investigação cuidadosa e detalhada para excluir patologias cutâneas de pior prognóstico e dar diagnóstico correto.

REFERÊNCIAS

1. Elena Roche ML, García-Melgares CL, Martín-González B, Fortea JM. Fístula cutânea crônica secundária a osteomielitis mandibular. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97(3):203-5.
2. Pande KC. Optimal management of chronic osteomyelitis: current perspective. *Orthop Res Rev*. 2015;7:71-81.
3. Schmitt SK. Osteomyelitis. *Infect Dis Clin North Am*. 2017 Jun;31(2):325-338.
4. Panteli M, Giannoudis, PV. Chronic osteomyelitis: what the surgeon needs to know. *EFORT Open Rev*. 2016;1(5):128-135.
5. Hakamifard A, Mohaghegh F, Shabib S, Larki-Harchegani A, Eshraghi Samani R. The heel amelanotic melanoma, a rare subtype of skin cancer misdiagnosed as foot ulcer: A case report. *Int Wound J*. 2020;17: 819– 822.
6. Moura DL, Ferreira R, Garruço A. Malignant transformation in chronic osteomyelitis. *Rev Bras Ortop*. 2017;52(2), 141-147.

Agradecimentos

Agradecemos aos profissionais envolvidos na elucidação diagnóstica e que, conseqüentemente, auxiliaram na construção deste relato de caso.

Eduardo Coronato Nogueira Constantino. Patologista do Hospital de Base de São José do Rio Preto responsável pela análise do fragmento de pele da lesão em estudo.

Maria Luiza de Mello Pereira. Residente em Radiologia e diagnóstico por imagem no Hospital de Base de São José do Rio Preto. Participou da discussão da imagem de ressonância e auxiliou na captação da imagem do exame inclusa neste relato de caso.

Contribuição dos autores

MCBJ e **GG** responsáveis pela consulta inicial, coleta de dados e exame físico do paciente citado no relato de caso. **AMS** responsável pela coleta de biópsia após consulta inicial para envio para análise histopatológica. **JMA** e **PMB** responsáveis pelo atendimento de retorno do paciente e solicitação de exames de imagem. **GG** responsável por discussão do exame de imagem no setor de radiologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto e captação de imagem do exame de ressonância magnética para incluir na construção deste relato de caso. **MCBJ, GG, AMS, JMA e PMB** responsáveis conjuntamente pela confecção deste relato de caso. **JRA** envolvido na orientação teórica e supervisão da construção deste relato de caso.

Conflito de interesse

Nenhum.

Autor Correspondente:

Márcio Custódio Borges Júnior
marciobj76@gmail.com

Editor:

Prof. Dr. Paulo Henrique Manso

Recebido em: mar 22, 2022

Aprovado em: abr 26, 2022
