# RELATO DE CASO

**Exposição de episódio de Espondilodiscite secundária a infecção por cateter jugular em paciente dialítico no Hospital Municipal Dr. Munir Rafful (HMMR), em Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil**

# Carina de Oliveira Lopes1; Ana Luísa Pedrozo Rossetti; Luísa Silva Arantes; Maria Cláudia Vianna Paquelet de Barros; Luciana Ferreira de Oliveira

*1 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.* [*carinalopes1604@gmail.com*](mailto:carinalopes1604@gmail.com%20)

0000-0002-4980-6852

0000-0001-8548-6107

0000-0002-6787-8016

0000-0002-2240-9670

0000-0003-0007-6198

**Resumo:** A Espondilodiscite é um processo inflamatório de etiologia bacteriana que acomete os discos invertebrais e as vértebras associadas. É incomum no adulto e apresenta risco aumentado de morbidade e mortalidade devido à dificuldade diagnóstica. Relata-se, portanto, o caso de um paciente de 61 anos, dialítico e diabético, com quadro de dor lombar, astenia e febre, assistido pelo Serviço de Clínica Médica de um hospital público do município de Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil. Em vista disso, por meio de um relato de caso, pretende-se alertar a respeito da Espondilodiscite, que é uma doença rara, frequentemente descoberta tardiamente, e a importância do diagnóstico precoce, manejo e conduta adequados acerca desse processo inflamatório infeccioso.

**Palavras-chave**: Espondilodiscite. Discite. Dor lombar. Hemodiálise.

# INTRODUÇÃO

A Espondilodiscite é a infecção do disco intervertebral, que pode colonizar quantidades variadas de corpos vertebrais. É considerada uma condição clínica inabitual de maior prevalência em países em desenvolvimento. A incidência nas sociedades ocidentais varia de 0,4 a 2,4 por 100.000 a cada ano (COTTLE, 2008).

A fisiopatologia da espondilodiscite se dá pelo oportunismo de uma bactéria que por disseminação hematogênica migra de um foco infeccioso para o disco intervertebral, podendo até mesmo ir para tecidos adjacentes como os corpos vertebrais (KASALAK ET AL., 2018). O principal agente etiológico é o Staphylococcus aureus. Geralmente, o disco intervertebral e o corpo vertebral são os principais acometidos. O diagnóstico é difícil e, muitas vezes, tardio. A detecção precoce é de extrema relevância, uma vez que permite iniciar o tratamento mais adequado para o agente causador e previne déficit neurológico e deformidades espinhais (KASALAK ET AL., 2018).

Destaca-se a importância desse estudo em decorrência da dificuldade diagnóstica no estágio inicial da doença, resultando em um significativo aumento de sequelas neurológicas daqueles acometidos (GABRIEL, P. et al. 2020).

# METODOLOGIA

Este relato de caso, descritivo e observacional, em acordo com o Código de Ética da Associação Médica Mundial (Declaração de Helsinque) e com a Resolução do Conselho Federal de Medicina em 1595/2000, contou com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte do protagonista do caso, e encontra-se sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

Os dados utilizados nesse estudo serão transcritos dos prontuários do paciente e de resultados dos exames feitos por ele nesse período. Além disso, realizar-se-á uma análise da literatura nas plataformas PubMed, SciELO, LILACS e MEDLINE, a partir dos descritores: “Espondilodiscite”, “Discite”, “Dor lombar” e “Hemodiálise”.

# APRESENTAÇÃO DE CASO

Paciente masculino, 61 anos, residente da cidade de Volta Redonda no Estado do Rio de Janeiro, dá entrada no Pronto Atendimento do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful (HMMR), em Volta Redonda (RJ), em 17 de outubro de 2022, trazido pelo SAMU, apresentando dor lombar que irradia para os membros inferiores há 15 (quinze) dias e 02 (dois) episódios de síncope. Relata que após internação anterior por Trombose Venosa Profunda (TVP) há 15 (quinze) dias as dores iniciaram e foi notada certa dificuldade para deambular. Refere também febre aferida de 39ºC.

O paciente é doente renal crônico em diálise 03 (três) vezes por semana (cateter na jugular direita), também apresenta hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2. Deu entrada no hospital apresentando uma anemia severa (hemoglobina 5.2 g/dL), sendo realizada a transfusão no pronto socorro de atendimento.

Ao exame físico, paciente prostrado, lúcido, orientado, hipocorado +/4+, hipohidratado ++/4+, acianótico, afebril, anictérico e eupneico em ar ambiente sem esforço respiratório. Membros inferiores com edema assimétrico, membro inferior direito com panturrilha empastada. Demais sistemas sem alterações.

Diante dos dados apresentados e após a avaliação do paciente, pressupôs-se como principal hipótese diagnóstica o quadro de infecção de cateter de hemodiálise. Dando seguimento, foram solicitados exames laboratoriais, sendo eles: hemograma completo, grupo sanguíneo, fator RH, glicemia, ureia, creatinina, sódio, potássio, TGO, TGP, bilirrubina total e frações, tempo de atividade de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativada; EAS; hemocultura e ressonância magnética da coluna lombossacra.

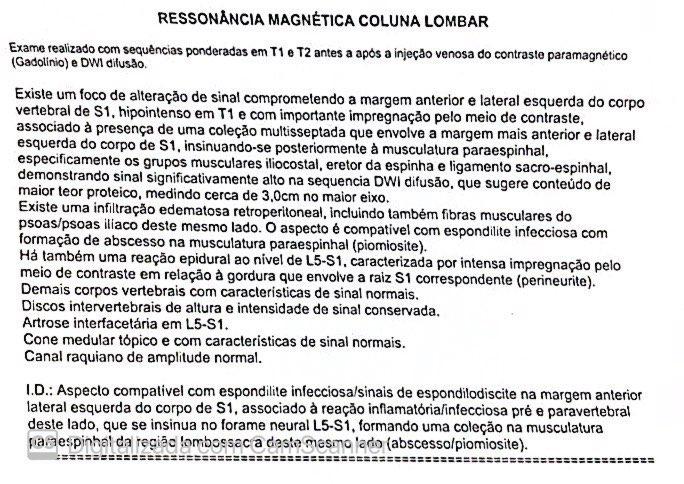
À medida que se aguardava o resultado dos exames complementares, foi proposta internação na enfermaria de Clínica Médica e prescrição de antibioticoterapia vancomicina associado à tazocin, sendo utilizando também a analgesia como medida de conforto para o paciente.

# DADOS COMPLEMENTARES

Os exames laboratoriais, feitos em 17 de outubro de 2022, apresentaram uma anemia severa – HB 5.2 g/dL e HT 16,6%. Também foi visto alteração na função renal – creatinina 6,8 mg/dL e ureia 121 mg/dL.

A ressonância magnética da coluna lombossacra, realizada em 24 de outubro de 2022, vista na Figura 01, evidenciou alterações compatíveis com Espondilodiscite e presença de abcesso.

**Figura 01 –** Setor de Clínica Médica, em 25/10/2022, alterações compatíveis de espondilodiscite com abcesso.



Fonte: Equipe do HMMR.

# RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na RNM de coluna lombar confirmou a espondilodiscite em S1, além de abscesso. Foi solicitado o parecer da neurocirurgia que descartou a intervenção cirúrgica. O paciente seguiu o tratamento com a antibioticoterapia por 6 semanas, apresentando melhora significativa da dor.

Para o diagnóstico da espondilodiscite é necessário uma história clinica bem detalhada, pesquisa de fatores de risco, exame físico completo e testes laboratoriais. Entre esses, estão os marcadores inflamatórios taxa de sedimentação de eritrocitos e proteína C-reativa. Somado a isso, exames de imagem desempenham um papel primordial para o diagnóstico primário da doença e para o controle da resposta terapêutica. A ressonância magnética é o método de imagem com maior especificidade, uma vez que permite analisar os focos de infecção espinhal. (KASALAK ET AL.,2018).

Dentre os fatores de risco, destaca-se pacientes em hemodiálise. Isso ocorre devido a diversos fatores, a exemplo: imunodepressão típica da uremia, procedimentos como fístulas, cateteres, acessos venosos e punções vasculares repetitivas, sendo esses focos importantes para o desencadeamento de uma bacteremia. Pela dificuldade do diagnóstico, ele pode ocorrer após o desenvolvimento de um quadro mais grave, com formações de abscesso em tecidos subjacentes e déficits neurológicos (GABRIEL, P. et al. 2020).

O tratamento é feito com antibióticos direcionados conforme o agente etiológico, a duração média nos doentes é entorno de 6 semanas, de acordo com as recomendações da Sociedade Americana de Doenças Infecciosas. Pacientes em isolamento de agente, o esquema de antibioticoterapia indicado é a vancomicina associada a uma cefalosporina de terceira geração, ceftriaxone, ou a uma quinolona. Quando um paciente não responde ao tratamento terapêutico, é indicada intervenção cirúrgica. Pacientes que se apresentam com deformidades pós espondilodiscite, instabilidade, abscesso epidural ou comprometimento neurológico também são candidatos ao tratamento cirúrgico (GABRIEL, P. et al. 2020).

# CONCLUSÃO

A espondilodiscite secundária ao uso de cateter jugular é uma doença rara, de alta gravidade e que prejudica o quadro geral do paciente. Por ser mais prevalente em dialíticos, ou seja, pacientes que já estão em exposição a um tratamento invasivo e desconfortável, é de suma importância o início imediato do tratamento, para aliviar os sintomas físicos e não ser um fator de descompensação da doença de base.

Além desses fatores, uma vez não tratada adequadamente a espondilodiscite pode levar a sequelas ou evoluir para óbito. Com isso, é necessário o diagnóstico precoce para, em consequência, iniciar o tratamento, diminuir os sintomas de desconforto e reduzir as sequelas para o paciente.

# REFERÊNCIAS

Cottle L, Riordan T. 2008. **Infectious spondylodiscitis**. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18442854/>. Acesso em: 20/11/2022.

GABRIEL, P. et al. 2020. **CORRELATION BETWEEN FINDINGS IN MAGNETIC RESONANCE AND BIOPSY IN THE DIAGNOSIS OF SPONDYLODISCITIS.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/coluna/a/wc44ttdwxKChZYcqWVCnyMc/?lang=en> Acesso em: 24/11/2022.

Kasalak Ö, et al. 2018. **CT-guided biopsy in suspected spondylodiscitis: microbiological yield, impact on antimicrobial treatment, and relationship with outcome.** 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29663026/>. Acesso em: 19/11/2022.