

## **Discite com abscessos paravertebrais e artrite séptica em paciente associada a tuberculose extrapulmonar em paciente imunocompetente – desafios diagnósticos**

**Introdução:** A artrite séptica afeta principalmente comórbidos ou imunocomprometidos, sendo o *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) o principal patógeno. Tuberculose extrapulmonar também acomete com maior frequência pacientes imunossuprimidos, demandando investigação nesse sentido.

**Objetivos:** Relatar caso incomum de discite com abscesso paravertebral e artrite séptica em indivíduo imunocompetente, e sua investigação diagnóstica.

**Delineamento e Métodos:** Relato de caso clínico.

**Relato de Caso:** Paciente masculino, 68 anos, branco, hipertenso, diabético tipo II e com história prévia de tuberculose pulmonar com tratamento inadequado (interrompeu por conta própria aos 2 meses). Apresentou intensa dor lombar e limitação de movimentos, há 20 dias, um episódio de febre aferida (38°C) e diversos referidos, e perda ponderal de 10Kg em 1 mês. Foi diagnosticado, após RMN, com discite (L2-L3) e abscessos paravertebrais comprometendo o músculo psoas maior. Apresentava também dor intensa e edema em joelho esquerdo, com limitação de movimento. Auscultado sopro cardíaco e, no hospital, ocorreu bacteremia e febre presenciadas pela equipe. Suspeitado de endocardite infecciosa, sem preenchimento dos critérios de Duke (apenas uma hemocultura periférica positiva para *S. aureus*, ecocardiografia sem vegetações e apenas calcificação valvar aórtica). Artrocentese diagnóstica do joelho apontou *S. aureus* sensível a Ceftriaxone e Vancomicina (ambos já iniciados empiricamente devido à discite), confirmando artrite séptica, além de Adenosina deaminase marcadamente elevada (ADA = 199,8U/L), o que sugere tuberculose articular. Com ausência de melhora do joelho apesar da antibioticoterapia e da melhora gradual da condição axial, revisou-se extensamente a literatura e iniciou-se RHZE, obtendo melhora gradual e sustentada após o 10º dia de tratamento. Após 7 semanas de antibioticoterapia, o paciente foi submetido a neurocirurgia para fixação vertebral devido ao dano causado pelo abscesso. O único fator de risco para infecção estafilocócica disseminada foi história de lesões de pele nos antebraços por reação alérgica, ulceradas e infectadas secundariamente, 60 dias antes do quadro (tendo sido utilizado Cefalexina 7 dias). A imunidade do paciente foi investigada extensivamente, sem achados que sugiram supressão para justificar quadro de tuberculose extrapulmonar e co-infecção de múltiplos sítios por *S. aureus*.

**Conclusão:** Anamnese e exame físico cuidadosos são os marcos dos diagnósticos diferenciais, os quais serão descartados ou confirmados através da propedêutica armada.

### **Referências bibliográficas:**

MANEIRO, Jose R. et al. Predictors of treatment failure and mortality in native septic arthritis. **Clinical rheumatology**, v. 34, p. 1961-1967, 2015.

FOWLER JR, Vance G. et al. The 2023 Duke-ISCVID criteria for infective endocarditis: updating the modified Duke criteria. **Clinical Infectious Diseases**, p. ciad271, 2023.

SOHN, Kyung Mok. Diagnostic value of synovial fluid adenosine deaminase level in tuberculous arthritis. **JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association**, v. 71, n. 4, p. 1246-1248, 2021.

FOOCHAROEN, Chingching et al. Synovial fluid adenosine deaminase activity to diagnose tuberculous septic arthritis. **Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health**, v. 42, n. 2, p. 331, 2011.