

Artrite Séptica Complicada da Articulação Esternoclavicular e Radioterapia Prévia por Neoplasia da Mama – A Propósito de Um Caso Clínico

— A.R. Cambão*, A.S. Mantos*, A. Nascimento**, D. Guerra*** —

Resumo

O acometimento da articulação esternoclavicular por artrite séptica é raro, principalmente na ausência de fatores predisponentes óbvios. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 67 anos admitida no serviço de urgência por sépsis grave com origem em artrite séptica da articulação esternoclavicular esquerda complicada por osteomielite e abscesso. Submetida a drenagem a cirúrgica e antibioterapia de largo espetro. Isolamento microbiológico de *Streptococcus agalactiae*. O único antecedente relevante da doente era história de neoplasia da mama esquerda há 15 anos, tratada com radioterapia. Pelas alterações que a radiação ionizante condiciona na estrutura óssea, alguns autores consideram que o envolvimento articular por processos infecciosos possa ser uma complicação tardia da radioterapia. Com este caso pretende-se alertar para um diagnóstico invulgar numa doente em que os fatores de risco descritos na literatura estão ausentes e, simultaneamente discutir a implicação que a radioterapia progressiva teve no desenvolvimento dessa infecção.

Abstract

The involvement of the sternoclavicular joint by septic arthritis is a rare condition, especially in the absence of obvious predisposing factors. The authors present the case of a 67 years woman admitted to the emergency department with severe sepsis originated from septic arthritis of the sternoclavicular joint complicated by osteomyelitis and abscess. The patient underwent surgical drainage and broad spectrum antibiotherapy. Streptococcus agalactiae microbiological isolation. The only relevant medical history of this patient was left breast cancer 15 years ago, treated with radiotherapy. By changes that ionizing radiation causes in the bone structure, some authors consider that the joint involvement by infectious processes can be a late complication of radiotherapy. With this case the authors want to draw attention to an unusual diagnosis in a patient where the risk factors described in the literature are absent and simultaneously discuss the implication that past history of radiotherapy had in the development of this condition.

INTRODUÇÃO

A artrite séptica constitui uma emergência médica, com elevada morbi-mortalidade. É possível o envolvimento de qualquer articulação, verificando-se em mais de metade dos casos envolvimento das articulações do joelho ou anca. ⁽¹⁾ Menos frequente é o envolvimento da articulação esternoclavicular, representando apenas 1% das infeções do osso e articulações. ⁽²⁾

A artrite séptica da articulação esternoclavicular ocorre habitualmente em indivíduos imunodeprimidos ou com outros fatores predisponentes, como diabetes *mellitus*, uso de fármacos endo-

venosos, inflamação crónica da articulação, trauma ou infeção sistémica. ^(1,3,4)

Este tipo de infeção pode evoluir com desenvolvimento de osteomielite, abscesso local, empiema ou mediastinite. ⁽⁵⁾

Apresentamos o caso de uma doente previamente saudável com diagnóstico de artrite séptica da articulação esternoclavicular, complicada pelo desenvolvimento de abscesso da parede torácica.

CASO CLÍNICO

Mulher de 67 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e neoplasia da

mama esquerda (submetida a tumorectomia e radioterapia há 15 anos), medicada habitualmente com carvedilol 6,25 mg bid, candesartan 32 mg id e rosuvastatina 10 mg id. Admitida no serviço de urgência por apesentarem tumefação dolorosa na face anterior do hemitórax esquerdo com oito dias de evolução e agravamento progressivo. Associadamente, apresentava astenia, anorexia e febre. Objetivamente apresentava-se sonolenta, desorientada temporoespacialmente, com palidez muco-cutânea, hipotensa (98/47 mmHg), taquicárdica (101 cpm) e febril (temperatura auricular – 38,5°C). Apresentava assimetria torácica, com tumefação na metade superior do hemitórax esquer-

* Interna de formação específica de Medicina Interna. Serviço de Medicina 1, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal.

** Assistente hospitalar de Medicina Interna. Serviço de Medicina 1, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal.

*** Diretora de serviço. Serviço de Medicina 1, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal.

do, estendendo-se ao cavado supraclavicular e metade inferior da face lateral esquerda do pescoço, com rubor, calor e dor à palpação. Eram visíveis flictenas na região do cavado supraclavicular. Restante exame objetivo sem alterações. Analiticamente apresentava anemia normocítica e normocrômica (hemoglobina – 9,0g/dL, volume corpuscular médio – 93,6fL e concentração hemoglobina globular média – 34,2g/dL), leucocitose ($16,53 \times 10^9/L$), elevação da proteína C reativa (30,98 mg/dL) e velocidade de sedimentação ($> 140\text{mm}$), lesão renal aguda (ureia – 70mg/dL; creatinina – 0,92mg/dL) e elevação de enzimas de citólise e colestase hepática (aspartato transferase – 58UI/L, alanina transferase – 66UI/L, gama-glutamyl-transferase – 229UI/L, fosfatase alcalina – 233UI/L). Sem alterações gasométricas. A tomografia computadorizada (TC) cervical e torácica revelou volumosa coleção com gás no interior, nas paredes anterior e superior do hemitórax esquerdo, com início na articulação esternoclavicular e extensão pelo cavado supraclavicular até à base cervical, com erosão da epífise proximal da clavícula (Figura 1). Perante o diagnóstico de sépsis grave com origem em artrite séptica da articulação esternoclavicular complicada com extenso abscesso da

parede torácica e osteomielite clavicular, iniciou a antibioticoterapia empírica com ceftriaxone 2g id, vancomicina 1g bid e clindamicina 600mg tid; e efetuada drenagem cirúrgica da coleção. Após intervenção cirúrgica admitida em unidade de cuidados intermédios. Posteriormente verificada evolução clínica e analítica favorável, sendo transferida para enfermaria de medicina. Perante isolamento microbiológico de *Streptococcus agalactiae* multissensível no pús (com hemoculturas negativas), procedemos a descalção terapêutica com suspensão de vancomicina e clindamicina, mantendo ceftriaxone por 28 dias. Pela extensão inicial do abscesso torácico mantivemos a loca cirúrgica aberta, para lavagem e drenagem (inicialmente de conteúdo purulento, mas posteriormente de conteúdo sero-purulento).

Após a alta, por manutenção de drenagem de conteúdo sero-purulento pela loca cirúrgica, manteve antibioticoterapia (amoxicilina-ácido clavulânico 625mg tid) até perfazer dois meses de tratamento. O encerramento completo da incisão e cicatrização da parede torácica só se verificou após cerca de 4 meses. Analiticamente houve resolução progressiva das alterações apresentadas e na TC torácica de controlo, além de regressão da coleção, identificaram-se

erosões na margem medial da clavícula esquerda e na margem anterior do primeiro arco costal ipsilateral, bem como perda de congruência da articulação esternoclavicular esquerda e erosão da margem esternal desta articulação (Figura 2).

DISCUSSÃO

O caso clínico apresentado é ilustrativo do carácter emergente em diagnosticar e tratar a artrite séptica, pois esta tem frequentemente início insidioso e pode apresentar várias complicações, condicionando elevada mortalidade (taxa de mortalidade de 10%).⁽⁵⁾ A doente por nós apresentada teve algumas das complicações mais graves de uma artrite séptica – sépsis grave, abscesso da parede torácica e osteomielite. O diagnóstico desta entidade obriga a elevado nível de suspeição, devendo ser considerada não só em indivíduos com factores predisponentes mas também naqueles previamente saudáveis.^(1,6)

São vários os agentes patogénicos descritos na artrite séptica, sendo o *Staphylococcus aureus* o mais frequente, seguindo-se outros agentes gram-positivos como *Streptococcus*.⁽³⁾

Não apresentando a doente nenhum fator predisponente óbvio, nem tendo sido encontrada uma fonte de infeção ou recidiva da doença neoplásica, o facto de a doente ter sido submetida no passado a radioterapia para tratamento de neoplasia da mama esquerda obriga-nos a uma reflexão. Pensa-se que a presença de radioterapia prévia possa ser um fator de risco para artrite séptica da articulação submetida a radiação; no entanto, os casos reportados na literatura são raros e em séries muito reduzidas.^(7,8) V. Chanet *et al* publicaram uma série de 282 doentes admitidos ao longo de 20 anos com artrite séptica de articulação periférica, dos quais 10, todas mulheres, tinham história progressiva de radioterapia a envolver a articulação acometida e dessas 3 com envolvimento da articulação esternoclavicular.⁽⁷⁾ A artrite séptica é considerada uma complicação tardia da radioterapia, ocorrendo mais frequentemente 10 a 30 anos após a irradiação do que nos primeiros meses após tratamento.^(7,8) Sabe-se que a radiação ionizante condiciona fibrose medular, citotoxicidade das células ósseas e osteoporose, o que parece

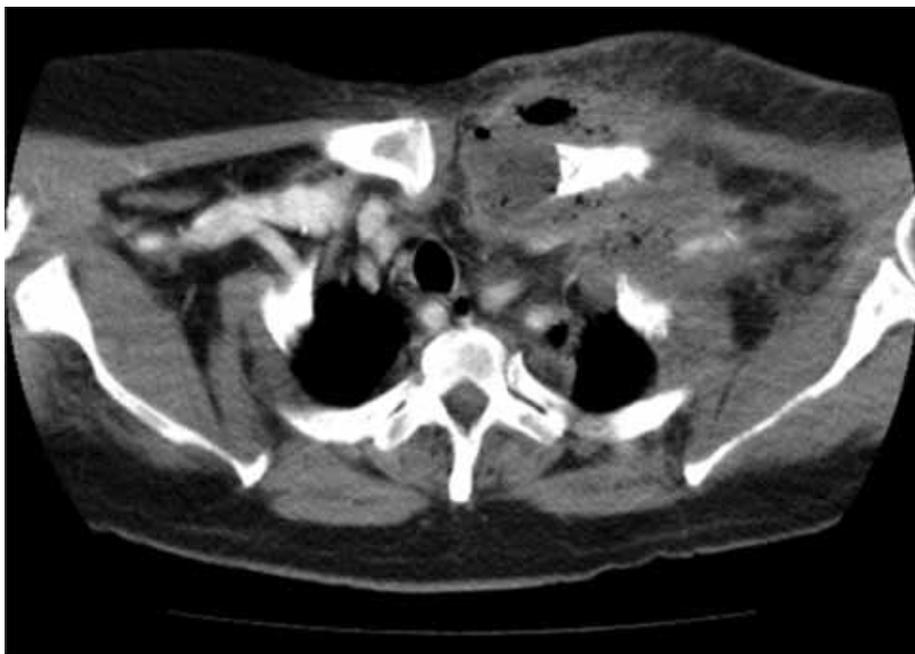


FIGURA 1 - Imagem de tomografia computadorizada do tórax a evidenciar volumosa coleção líquida (8 cm), com gás no interior a envolver a região anterior e superior do hemitórax esquerdo, a que se associa erosão da epífise proximal da clavícula esquerda.



FIGURA 2 - Imagem de tomografia computadorizada do tórax com sinais de drenagem cirúrgica, com franca diminuição do conteúdo líquido; observam-se erosões das margens proximal e medial da clavícula esquerda e primeiro arco costal esquerdo.

ser a gênese das fraturas e/ou necrose observadas tardiamente após o tratamento.⁽⁹⁾

Os princípios do tratamento desta patologia são eliminar a infecção, restabelecer a função da articulação e controlar a dor. Apesar de o tratamento ótimo não estar claramente definido, devido à reduzida frequência deste diagnóstico, está unanimemente aceite que uma estratégia combinada de tratamento cirúrgico e antibioterapia é o mais benéfico.⁽¹⁰⁾ A antibioterapia empírica deverá ser iniciada precocemente, com cobertura para *S. aureus* meticilino-resistente e mantida por 2 a 4 semanas por via endovenosa.^(1,10,11) No nosso caso clínico impuseram-se ajustes em termos de escolha antibiótica e duração da terapêutica, condicionados pelas complicações presentes à apresentação e pela evolução clínica. A abordagem cirúrgica, crucial, é orientada em parte pelos achados imagiológicos. Numa fase inicial, com pouco envolvimento das estruturas locais, uma incisão simples e drenagem podem ser suficientes, enquanto na presença de infecção mais

avançada, com destruição óssea e sinais imagiológicos de osteomielite a abordagem cirúrgica tem de ser mais extensa, sendo frequente a ressecção da articulação.⁽¹²⁾ Convém ainda destacar que a abordagem da articulação esternoclavicular é complicada devido à proximidade de estruturas vasculares importantes e à escassez de tecido subcutâneo a revestir a articulação.⁽¹²⁾

Com a apresentação deste caso clínico pretendemos chamar a atenção para um diagnóstico pouco frequente, principalmente tratando-se de uma doente sem nenhum dos factores de risco descritos na literatura para artrite séptica, lançando-se neste aspeto a discussão sobre a implicação que a radioterapia no passado teve no desenvolvimento desta infecção. ▲

Sem conflitos de interesse a declarar.

Sem fontes de financiamento.

Correspondência:

Ana Rita Cambão

Rua António Manuel Couto Viana, nº 26, 1º esq.
4900-086, Viana do Castelo

E-mail: ana_rita_cambao@hotmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Marques L, Simões A, Úria S. Septic arthritis in an unusual localization. *Case Reports in Clinical Medicine*. 2013; 5: 328-331.
2. Ross JJ, Shamsuddin H. Sternoclavicular septic arthritis: review of 180 cases. *Medicine (Baltimore)*. 2004; 83(3): 139-48.
3. El Ibrahimy A, Daoudi A, Boujraf S, Elmrini A, Boutayeb F. Sternoclavicular septic arthritis in a previously healthy patient: a case report and review of the literature. *Int J Infect Dis*. 2009; 13(3): 119-21.
4. Gillis S, Friedman B, Caraco Y, Blankstein A, Yellin A, Friedman G. Septic arthritis of the sternoclavicular joint in healthy adults. *J Intern Med*. 1990; 228(3): 275-8.
5. Womack J. Septic arthritis of the sternoclavicular joint. *J Am Board Fam Med*. 2012; 25(6): 908-12.
6. Gallucci F, Esposito P, Carnovale A, Madrid E, Russo R, Uomo G. Primary sternoclavicular septic arthritis in patients without predisposing risk factors. *Adv Med Sci*. 2007; 52: 125-8.
7. Chanet V, Soubrier M, Ristori JM, Verrelle P, Dubost JJ. Septic arthritis as a late complication of carcinoma of the breast. *Rheumatology (Oxford)*. 2005; 44(9): 1157-60.
8. Chaudhuri K, Lonergan D, Portek I, McGuigan L. Septic arthritis of the shoulder after mastectomy and radiotherapy for breast carcinoma. *J Bone Joint Surg Br*. 1993; 75(2): 318-21.
9. Howland WJ, Loeffler RK, Starchman DE, Johnson RG. Postirradiation atrophic changes of bone and related complications. *Radiology*. 1975; 117: 677-85.
10. Pääkkönen M, Peltola H. Treatment of acute septic arthritis. *Pediatr Infect Dis J*. 2013; 32(6): 684-5.
11. Horowitz D, Horowitz S, Barilla M. Approach to Septic Arthritis. *Am Fam Physician*. 2011; 84(6): 653-660.
12. Nusselt T, Klinger HM, Freche S, Schultz W, Baums MH. Surgical management of sternoclavicular septic arthritis. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2011; 131(3): 319-23.

As Normas de Publicação de Anamnesis encontram-se no novo site da revista: <http://www.anamnesis-revistamedica.com>