

Dr. Secco Eichenberg

Docente livre e Chefe de Clínica da Faculdade de
Medicina de Porto Alegre

Médico-chefe da Protetora, Cia. de Seguros contra
Acidentes do Trabalho

Um caso de osteomielite

SEPARATA DA
„Medicina e Cirurgia”

Revista da Diretoria de Saude Publica Municipal de Porto Alegre
Ano IV — Maio a Agosto 1942 — Numero 2 — Tomo 4

2

05-08/1942 - MED-CIRURGIA - 'CASO DE
OSTEOMIE LITE'

Um caso de osteomielite

por SECCO EICHENBERG
Docente livre e Chefe de Clínica da Faculdade de
Medicina de Porto Alegre
Médico-chefe da Protetora, Cia. de Seguros contra
Acidentes do Trabalho

Revisando a documentação de vários casos clínicos tratados no Ambulatório Central da Protetora, Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho, deparamos com a presente observação, cujos característicos justificam, a nosso ver, sua publicação:

T. M., com 18 anos, branco, solteiro, comerciário, natural deste Estado, residente à Rua Mariland n.º 900, apresentou-se a exame pela primeira vez em 25 de setembro de 1939, sendo aceito a tratamento, recebendo o seu processo de acidente a referência n.º 1640.

Sofrera na vespera um forte traumatismo na mão D, quando esta foi emprensada contra a armação da prateleira por pesado fardo de fazenda, que procurava remover de seu lugar.

A mão apresenta-se ao exame, fortemente edemaciada e especialmente dolorosa na região hipotenar.

Apesar das medidas terapêuticas tomadas formou-se um fleimão na região hipotenar, que a 29 de setembro de 1939, foi evacuado por incisão, sendo empregado como anestésico, o cloreto de etila local, por refrigeração.

A 5 de outubro de 1939 obtinha alta curado, havendo neste intervalo feito, além dos curativos, duas injeções de vacina antipio-gênica adicionada a 2 cc. de leitinjetol.

Cinco dias após, a 10 de outubro de 1939, interrompeu novamente o trabalho, a-

presentando-se no Ambulatório Central com um processo inflamatório do cotovelo E, de aspecto erisipelatoide.

Nos informou o paciente não haver sofrido nenhum traumatismo ao nível do cotovelo E, nem de qualquer outro segmento inferior do mesmo lado, não sabendo a que atribuir a atual afecção, perguntando se poderia ter derivado do abcesso recentemente incisado na mão D.

Antebraço E encontrava-se fletido sobre o braço em ângulo reto, sendo esta a posição que maior alívio dava ao paciente. A mobilidade ativa do cotovelo estava prejudicada em gráo máximo, mas a passiva sómente em gráo médio.

Irradiações de raios ultra-violetas e vacinoterapia debelaram rapidamente este quadro, e três dias após o paciente obtinha novamente alta, que também não foi definitiva, pois a 23 de outubro de 1939, retornava pela segunda vez à nossa presença.

Novo surto inflamatório se havia instalado e o paciente apresentava um empastamento profundo na face anterior do terço inferior do braço E, doloroso, com todos os sinais clínicos de um processo inflamatório agudo.

Temperatura axilar oscilando entre 37º e 38º. Antebraço em ângulo reto sobre o braço.

Como este paciente tivesse um passado

clínico completamente negativo relativamente a estes repetidos surtos inflamatórios sobrevinidos posteriormente ao abcesso da região hipotenar D, não nos furtamos a considerar estes surtos como indiretamente decorrentes do traumatismo inicial sofrido a 25 de setembro de 1939 e como taes agravações daquele acidente do trabalho.

No primeiro surto o processo inflamatório havia ficado restrito à pele, mas neste último estavam envolvidos os restantes tecidos moles da face anterior do terço inferior do braço E.

Pensamos inicialmente num abcesso em formação, mas como não fosse notada diferença apreciável nem no sentido da agravação da lesão, nem no de sua regressão, desconfiamos que o quadro clínico local dependesse de qualquer processo ósseo. Para tanto mandamos submeter o paciente a um exame radiológico.

A 24 de outubro de 1939, as radiografias do terço inferior do úmero e da articulação do cotovelo EE deram um resultado completamente negativo, pois o radiologista informou:

"Contornos ósseos e superficiais articulares com aspecto anatomo-radiológico normal".

Dado o aparecimento anterior de um processo inflamatório agudo da pele, com carácter erisipelatoide, na falta atual de substrato anatômico ósseo, e diante da marcha sub-aguda do processo (falta de supuração), pensamos então também na possibilidade dum processo de miosite, ressaltando entretanto ainda a possibilidade do aparecimento duma futura lesão óssea.

De 21 de outubro de 1939 a 28 de novembro de 1939 a terapêutica empregada resumiu-se no seguinte:

Local: Inicialmente compressas de licor de alumínio acético e depois de desaparecidos os fenómenos cutâneos, massagens e infiltrações de novocaina.

Parenteral: Vacinoterapia anti-estreptocócica — proteína terapia inespecífica. Vitamina C.

Como a 10 de novembro de 1939, recrudescessem repetidamente os fenómenos agudos, acrescentamos Dagenan (5 a 8 compri-

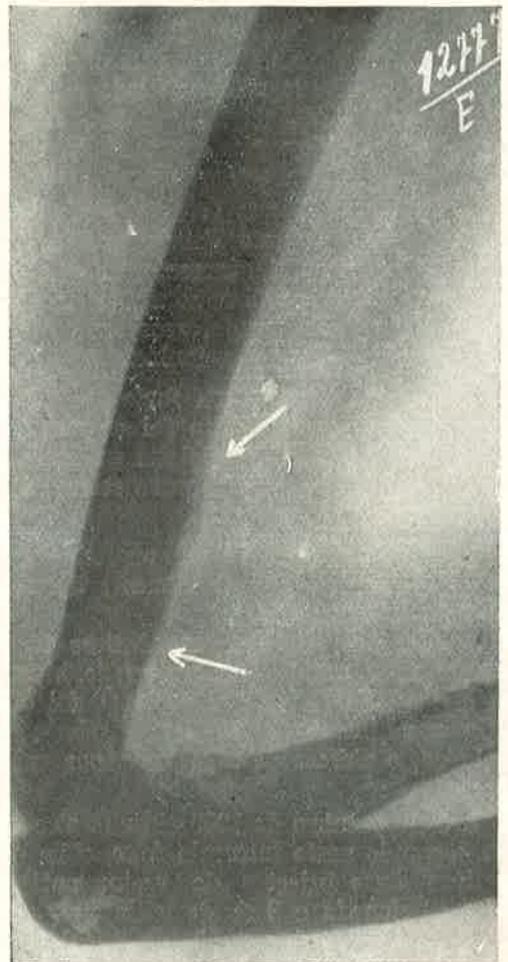
midos por dia — 4 dias) associado às injeções de estrato hepático.

A punção exploradora realizada a 28 de novembro de 1939, foi negativa.

Entretanto o novo exame radiológico procedido dois dias após revelou lesões ósseas: no terço inferior do úmero E podiam ser observadas duas lesões absolutamente inexistentes nas radiografias tiradas a 24 de outubro de 1939:

1. uma sombra de densidade mais clara que a cortical do úmero, localizada sobre os contornos do terço inferior deste osso, demonstrando uma reação inflamatória do periosteio neste nível;

2. esboço de uma formação cavitária na metafise inferior do úmero E.



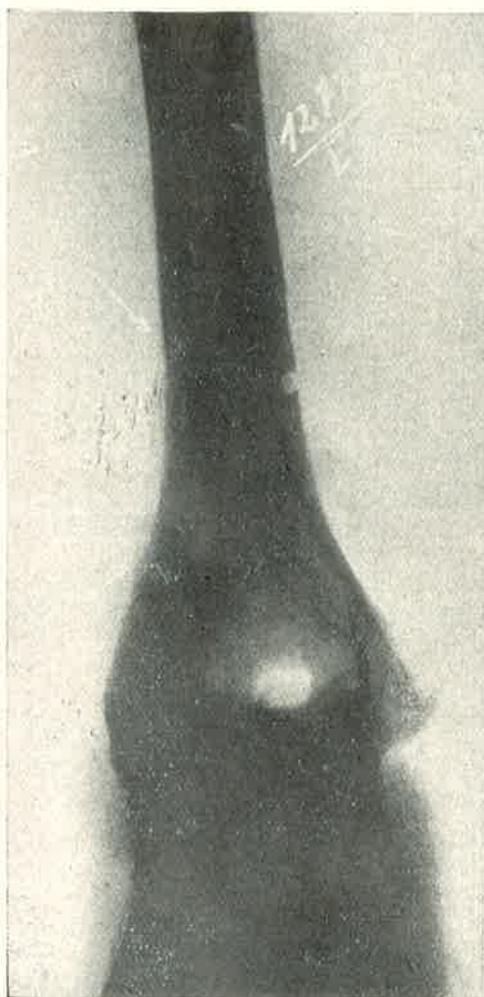


Fig. 1-2 — Radiografias 18-11-39

O presente resultado deixava clara a etiologia dos fenômenos inflamatórios observados em nosso paciente após 21 de outubro de 1939.

Tratava-se dum processo de osteomielite do terço inferior do úmero E e as manifestações observadas eram decorrentes do foco ósseo, que como sabemos, sómente é demonstrável radiologicamente após decorrido algum tempo do aparecimento da sintomatologia inflamatória.

Dados os fenômenos sub-agudos e a proximidade da articulação do cotovelo já indretamente restringida em seus movimentos e cuja ancilose definitiva não queríamos provocar, nos abstivemos de qualquer medida intervencionista, optando por tratamento conservador:

Durante os meses de dezembro de 1939, janeiro e fevereiro de 1940, submetemos a metade inferior do braço e o cotovelo EE do paciente a irradiações prolongadas de raios infra-vermelhos (30 a 60 minutos) — três vezes por semana.

Parenteralmente: de início uma série de vacinas e injeções de cálcio e depois sómente cálcio com vitaminas, 3 vezes por semana.

A partir da segunda semana das aplicações de raios infra-vermelhos, poudese observar a regressão dos fenômenos inflamatórios e desde meados de janeiro de 1940 a mobilidade do cotovelo E começou igualmente a melhorar, sendo que as dores passaram desde as primeiras irradiações.

As radiografias tiradas em 8 de fevereiro de 1940 revelaram o desaparecimento do achado patológico das radiografias de 30 de novembro de 1939.

A 11 de março de 1940, havendo o paciente readquirido a completa mobilidade do cotovelo E, volta ao trabalho, com alta condicionada, sendo mantido o paciente em observação semanal. Toda a medicação é suspensa, inclusive as irradiações.

A 16 de maio de 1940 volta a apresentar-se queixando-se de dores no terço inferior do braço E apresentando um empastamento localizado na face antero-externa do terço inferior do braço, do tamanho dum ovo de galinha; mobilidade do cotovelo, entretanto normal. O processo inflamatório parecia bem localizado e superficial.

Entretanto submetemos novamente o paciente a um exame radiológico, levando em conta os surtos anteriores. O exame procedido a 18 de maio de 1940, confirmou o exame de 8 de fevereiro de 1940 sendo o seguinte seu resultado: "Contornos ósseos e articulares normais".

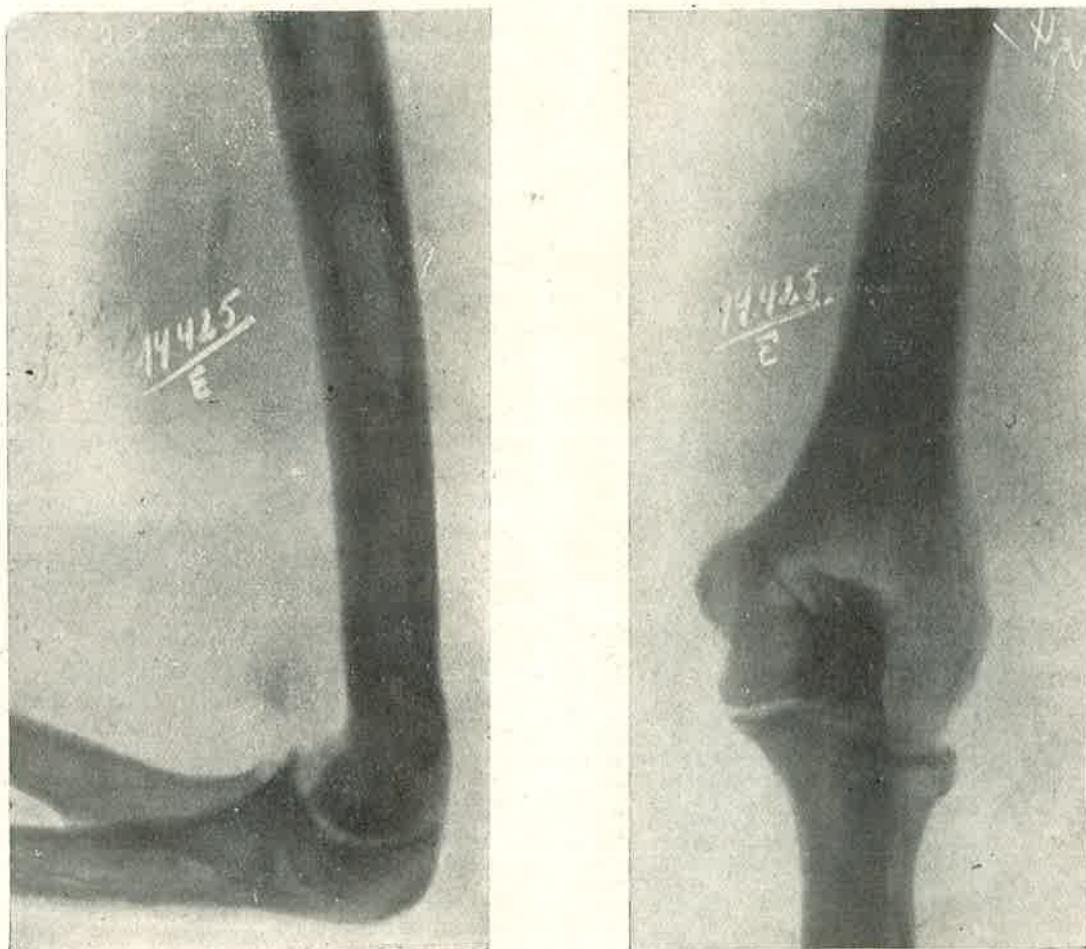


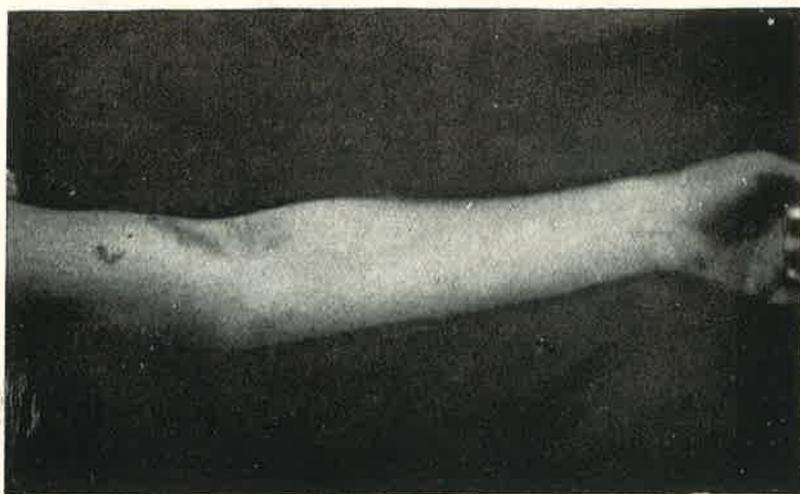
Fig. 3-4 — Radiografias de 18-5-1940

Aplicamos um curativo com colargol sobre a zona empastada, aconselhando aplicações de calor sobre o curativo; vacina com leitinjetol. Formou-se um abcesso, que se fistulisa, dando após três semanas saída a uma pequena esquirela óssea de 7 mm por 3 mm, envolta em tecido fungoso, esquirela esta que pôdia ser observada nas radiografias de 18-5-40.

Resquício do anterior processo de osteo-

mielite e periostite, esta esquirela isolada nos tecidos musculares, qual corpo extranho, foi eliminada pela formação de um abcesso, ocasionado pela irritação provocada sobre os tecidos vizinhos.

Após a saída da esquirela, o trajéto fistuloso cicatrizou rapidamente e em seguida a um intervalo de observação, o paciente teve alta definitiva, completamente curado a 13 de julho de 1940.



Em maio de 1942, ao atendermos este mesmo paciente por ocasião dum outro acidente do trabalho, tivemos ocasião de verificar a integridade dos movimentos do cotovelo E.

As fotografias abaixo, tiradas em julho de 1940, demonstram a capacidade de extensão e de flexão deste cotovelo.

Ressaltam especialmente, neste caso clínico, os ótimos resultados obtidos com a terapêutica eminentemente conservadora.

Fig. 5-6 — Fotografias