

# Osteomielite aguda do escafoide: relato de caso\*

## *Osteomyelitis of the scaphoid: a case report*

FREDERICO BARRA DE MORAES<sup>1</sup>, MÁRIO YOSHIHIDE KUWAE<sup>2</sup>, EMANOEL DE OLIVEIRA<sup>3</sup>, AKEMI KASAHARA OMI FREITAS<sup>3</sup>, FERNANDA BARBOZA DE OLIVEIRA<sup>4</sup>, GUSTAVO BARBOZA DE OLIVEIRA<sup>4</sup>, JULIANA CABRAL NUNES<sup>4</sup>

### RESUMO

**Relata-se um raro caso de osteomielite aguda do escafoide em punho esquerdo, por *Staphylococcus aureus*, em homem de 53 anos de idade, paraplégi-co, sem causa inicial aparente. O tratamento reali-zado foi baseado em antibioticoterapia venosa es-pecífica e drenagem cirúrgica, com bom resultado funcional após seis meses.**

**Descritores** – Ossos do carpo/patologia; Osso escafoide/pa-tologia; Doenças ósseas infecciosas; Osteo-mielite; Relatos de casos [Tipo de publicação]

### ABSTRACT

*The authors report a rare case of acute osteomyelitis of the scaphoid bone in the left wrist, due to Staphylococcus aureus, in a 53 year-old paraplegic man without an apparent initial cause. The treatment used was based in specific venous therapy with antibiotics and surgical draining, with good functional result after six months.*

**Keywords** – Carpal bones/pathology; Scaphoid bone/ pathology ; Bone diseases, infectious; Osteomyelitis; Case reports [Publicaton type]

### INTRODUÇÃO

A osteomielite do escafoide é um evento muito raro. Pode estar associada ao cateterismo prolongado da ar-téria radial<sup>(1)</sup>, a lesões infectadas no punho<sup>(2)</sup>, a cirur-gias com implantes metálicos (pseudartrose ou insta-bilidades do escafoide)<sup>(3)</sup>, a mordida de gato<sup>(4)</sup>, ou ser de origem desconhecida<sup>(5)</sup>. O caso relatado apresenta paciente com osteomielite aguda do escafoide por *Sta-phylococcus aureus*, em que o tratamento realizado foi antibioticoterapia venosa e drenagem cirúrgica.

### RELATO DO CASO

Paciente SAP, masculino, 53 anos de idade, lesado medular há quatro anos devido a acidente motociclís-tico, com traumatismo medular torácico T8-T9, inicial-mente ASIA 0, e com tratamento e reabilitação ASIA 3, que apresenta bexiga neurogênica e realiza cateteris-mo vesical intermitente de 4/4 horas. É independente, dirige carro adaptado e locomove-se em cadeira de rodas. Não apresenta outras co-morbidades.

\* Trabalho realizado no Departamento de Ortopedia/Traumatolo-gia (DOT) – Hospital das Clínicas (HC)/Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Goiás (UFG).

1. Mestre, Professor Substituto de Ortopedia do Departamento de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Universi-dade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.
2. Chefe do Grupo de Mão e Microcirurgia do Departamento de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Universi-dade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.
3. Ortopedista do Departamento de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.
4. Estagiário da Liga do Trauma do Departamento de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.

Endereço para correspondência: Av. T-4, nº 1.140, apto. 403, Ed. Lago das Brisas – Setor Bueno – 74230-050 – Goiânia (GO). Fax: 3285-2222/celular: 9611-4050.

E-mail: frederico\_barra@yahoo.com.br

Recebido em 3/6/08. Aprovado para publicação em 15/8/08.  
Copyright RBO2008



**Figura 1** – Aspecto clínico do punho com sinais flogísticos importantes

Referiu que há cerca de duas semanas iniciou quadro de dor e limitação funcional do punho esquerdo, de aparecimento súbito, não relacionado a trauma, em topografia correspondente a escafoíde, sem outras alterações locais ou sistêmicas. Foi atendido em pronto-socorro ortopédico, apresentando radiografias de punho sem alterações aparentes, sendo então diagnosticada como contusão do punho pelo excesso de esforço na cadeira de rodas e durante a fisioterapia, sendo-lhe prescrita imobilização por luva gessada por sete dias e antiinflamatórios. Procurou outro serviço após sete dias, com queixa de piora da dor, do edema e da limitação funcional, sem outros sinais ou sintomas. Radiografias do punho mostraram pequena área de reabsorção óssea no segmento distal do corpo do escafoíde, sendo então diagnosticada fratura do mesmo; prescrita imobilização gessada para escafoíde e analgésicos. Após três dias de uso do gesso, o paciente retornou com piora da dor, do edema e agora apresentando leve flogose dorsal no punho e volar na topografia do escafoíde, com exame radiológico mantendo a mesma imagem, sendo então diagnosticada celulite, após retirada do aparelho gessado. Foram prescritos cefalexina, antiinflamatórios e analgésicos.

Após três dias, o paciente procurou o Hospital de Clínicas de Goiânia da UFG, apresentando dor intensa mesmo com o uso dos medicamentos, piora da flogose,

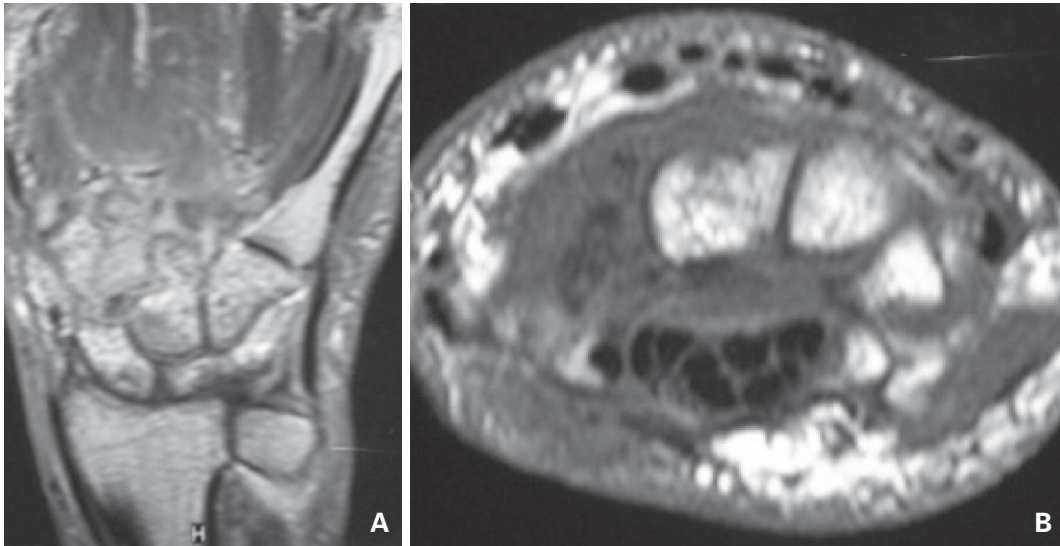


**Figura 2** – Radiografia em ântero-posterior do punho esquerdo com lesão osteolítica do escafoíde

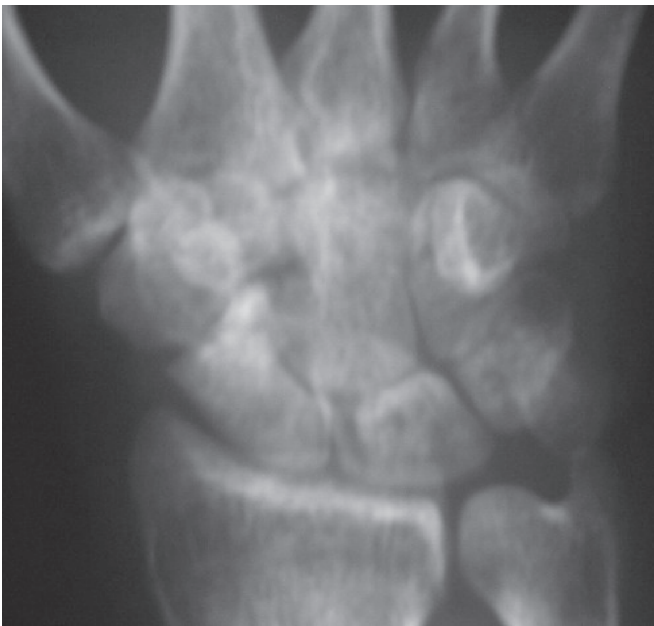
se, e derrame articular, além de febre e queda do estado geral (figura 1).

Não apresentava lesões abertas de pele ou déficit neurovascular. Nas radiografias do punho observamos a mesma lesão osteolítica, sem características de fratura (figura 2). A ressonância magnética (RM) ponderada em T1 mostrou destruição restrita ao pólo distal do escafoíde, sem comprometimento total do osso (figuras 3A e 3B). Solicitado hemograma, que evidenciou 13.000 leucócitos com desvio à esquerda e velocidade de hemossedimentação de 60mm na primeira hora. Baseado no quadro clínico-radiológico, foi feita hipótese de osteomielite aguda do escafoíde.

Foi realizada punção articular, com saída de pus, e a bacterioscopia revelou presença de vários cocos isolados, dispostos aos pares e cachos gram-positivos na amostra examinada. Em decorrência, foi realizada ar-



**Figura 3** – Ressonância magnética do punho esquerdo, ponderada em T1, evidenciando destruição do pólo distal do escafoide; corte coronal (A) e axial (B).



**Figura 4** – Radiografia em ântero-posterior do punho esquerdo com reabsorção do pólo distal do escafoide, mas sem comprometer a função

trotomia do punho, desbridamento, limpeza cirúrgica e curetagem do escafoide. No ato cirúrgico foi observada lesão erosiva dos rebordos do escafoide. O antibiótico utilizado foi ciprofloxacino, 400mg EV, 12/12h, por 14 dias, conforme orientação do Serviço de Infec-

tologia, com base na bacterioscopia, cultura e antibiograma, que mostraram *Staphylococcus aureus* não-resistente (exceto beta-lactamase positiva para penicilina e ampicilina). Após alta, continuou antibioticoterapia com cefalexina, 500mg VO, 6/6h, por mais duas semanas.

Após seis meses, o paciente apresentava-se sem recidiva da infecção, sem dor e com amplitude de movimento do punho normal. Na radiografia observamos reabsorção da porção mais distal do escafoide (figura 4).

## DISCUSSÃO

A osteomielite do escafoide é muito rara, estando associada na maioria dos casos com o cateterismo da artéria radial<sup>(1)</sup>, uma vez que a maior parte da irrigação desse osso se dá por ramos da artéria radial<sup>(6-7)</sup>. Esse risco aumenta significativamente quando o cateter é deixado por mais de quatro dias<sup>(8)</sup>. Para se evitar essa complicação, o cateterismo da artéria deve ser feito com técnica asséptica adequada, por poucos dias e após o teste de Allen, para verificar como está o fluxo arterial<sup>(8)</sup>.

Outras causas foram relacionadas como lesões de partes moles infectadas no punho, cirurgias com implantes, mordidas de gato e casos sem origem aparen-

te. Os agentes mais comumente encontrados são *Staphylococcus aureus*<sup>(5,9)</sup>, mas outros, como *Serratia marcescens*<sup>(1)</sup> e *Mycobacterium kansasii*<sup>(2)</sup>, também podem ser encontrados.

O quadro clínico é semelhante ao de qualquer osteomielite, com sinais flogísticos locais e sistêmicos. Os exames radiológicos devem ser avaliados com muito cuidado, pois as radiografias podem ser normais até a segunda semana, simular fratura ou pseudartrose do escafoide. O exame com maior sensibilidade e especificidade é a RM do punho, que poderá inclusive determinar o tipo de tratamento.

Se a osteomielite do escafoide estiver restrita a uma porção do osso, ou ocorrer em crianças, o tratamento de escolha é drenagem cirúrgica e antibioticoterapia venosa adequada, o que leva a bom resultado funcional a longo prazo e regeneração do osso<sup>(8)</sup>. Entretanto, quando todo o osso é destruído, a ressecção do escafoide é indicada para erradicar a infecção, devendo-se estar prevenido para possível futura cirurgia de artroese no carpo ou carpectomia proximal, pois com o passar dos anos ocorre a migração proximal do captato<sup>(8)</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Knutson EL, Levy CS, Curtin JA, Allen H, Gunther SF. Hematogenous *Serratia marcescens* osteomyelitis of the carpal scaphoid from an indwelling radial artery catheter. *J Hand Surg [Am]*. 1982;7(4):395-7.
2. Minkin BI, Mills CL, Bullock DW, Burke FD. *Mycobacterium kansasii* osteomyelitis of the scaphoid. *J Hand Surg [Am]*. 1987; 12(6):1092-4.
3. Kleinman WB, Carroll C. Scapho-trapezio trapezoid arthrodesis for treatment of chronic static and dynamic scapho-lunate instability: a 10-year perspective on pitfalls and complications. *J Hand Surg [Am]*. 1990;15(3):408-14.
4. Pechter EA, Miller TA. Severe osteomyelitis of the wrist following a cat bite. *Hand*. 1983;15(3):242-5.
5. Seimon LP, Stram RA. Staphylococcal osteomyelitis of the carpal scaphoid. *J Pediatr Orthop*. 1984;4(1):123-5.
6. Gelberman RH, Mennon J. The vascularity of the scaphoid bone. *J Hand Surg [Am]*. 1980;5(5):508-13.
7. Taleisnik J, Kelly PJ. The extraosseous and intraosseous blood supply of the scaphoid bone. *J Bone Joint Surg Am*. 1966;48(6): 1125-37.
8. Baek GH, Chung MS. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* osteomyelitis of the scaphoid from a catheter in the radial artery. *J Bone Joint Surg Br*. 2002;84(2):273-4.
9. Monsell FP, McVie JL, Smith RB. Osteomyelitis of the scaphoid with sequestration of the primary ossification centre. *J Hand Surg [Br]*. 1998;23(3):422-4.