

Metástase de câncer de próstata ou mal de Pott? Desafio no diagnóstico diferencial e relato de caso

David Gonçalves Nordon^I
Fernanda Saad Rodrigues^{II}
Maysa Amanda Ferrari Rissi^{III}
Walter Stefanuto^{III}

Conjunto Hospitalar de Sorocaba/Centro de Ciências Médicas e Biológicas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e afeta, principalmente, o pulmão. No entanto, a doença pode se manifestar na forma extrapulmonar e, assim, atingir qualquer órgão do corpo, provocando sintomas inespecíficos^{1,2} ou que remetem a demais afecções.

A TB extrapulmonar é desencadeada pela disseminação hematogênica ou por contiguidade, devido à proximidade de linfonodos e pleuras.³ Os sítios de implantação óssea podem ser: a coluna vertebral (principalmente a torácica),⁴ as articulações e as diáfises ósseas. Atualmente, esse acometimento está em torno de 1% dos pacientes com a infecção.⁵ A associação da TB com afecções do sistema imunológico, tais como a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), tem contribuído para a manutenção da frequência e até mesmo aumento desses casos.^{2,4}

A TB óssea de localização vertebral foi descrita pela primeira vez em 1779, por Percivall Pott,^{3,6} sendo, então, denominada Mal de Pott. De acordo com o cirurgião inglês, a tríade sintomática da doença é composta por gibosidade, abscesso e paraplegia.⁶

O envolvimento neurológico, que ocorre em 10% a 47% dos pacientes,⁷ se não tratado adequada e rapidamente, pode causar danos irreversíveis. Contudo, tanto o diagnóstico quanto o tratamento são difíceis, visto que os pacientes normalmente possuem sintomas inespecíficos que corroboram para o retardo na investigação, devido à necessidade de exclusão de outros diagnósticos. No caso da afecção de coluna em homens a partir dos 50 anos de idade, como no caso apresentado, o primeiro diagnóstico diferencial a ser investigado é metástase óssea de um carcinoma prostático.

A metástase de um processo cancerígeno é o resultado final de várias etapas interdependentes, um processo que inclui uma complexa interação entre o tumor e o organismo hospedeiro, uma sequência de eventos que ainda hoje não foi inteiramente esclarecida.⁸

Em 16% dos casos de tumores metastáticos, o sítio de apresentação da metástase é o osso, e em 80% dos casos, ela é oriunda de um tumor da próstata, mama ou pulmão. Nessa situação, os pacientes costumam apresentar sinais de doença como anorexia, perda de peso e astenia.⁹ Na década de 90, nos Estados Unidos, cerca de 50% a 60% dos pacientes com câncer prostático apresentavam metástase óssea ao serem diagnosticados.¹⁰

Este relato tem por objetivo trazer um caso a respeito e mostrar a dificuldade de diagnóstico diferencial entre as duas doenças, especialmente em se notar que a incidência de tuberculose pulmonar vem se mantendo, enquanto a de tumor prostático vem aumentando, devido ao envelhecimento da população masculina e às mudanças de estilo de vida com relação ao passado.¹⁰

RELATO DE CASO

Homem de 62 anos, branco, casado, natural de Itapeva (SP), procedente de Sorocaba (SP), ex-motorista de ônibus aposentado, praticante da Igreja Pentecostal, deu entrada na Unidade Regional de Emergência com queixa de dor lombar e dorsal há três meses, compressiva, com melhora ao uso de anti-inflamatórios não esteroidais e piora ao se locomover. Sentiu diminuição aguda há quatro dias da força em membros inferiores (grau II, com sinal de Babinski ausente), pior à esquerda, anestesia da região umbilical para baixo (nível de T8), constipação e distensão abdominal (abdome globoso, rígido, indolor e com ruídos

^I Acadêmico do quinto ano do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

^{II} Acadêmica do quarto ano do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

^{III} Mestre em Clínica Médica e Pediatria pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Professor Assistente Mestre da PUC-SP.

hidroaéreos presentes) e sem conseguir urinar (antes, nunca apresentara alterações urinárias, em quantidade, volume, fluxo ou dor).

No mesmo intervalo de tempo, afirmava perda de 20 kg. Negava qualquer queixa respiratória que pudesse nos orientar para o diagnóstico de tuberculose, como tosse prolongada, seca ou produtiva, febre vespertina ou sudorese noturna. Negava história pessoal ou familiar de tuberculose.

Era ex-fumante, 75 maços-ano. Negava outras doenças além de diabetes melito, tratada com hipoglicemiantes orais, e hipertensão arterial sistêmica, tratada com inibidor da enzima conversora de angiotensina.

Na história de cirurgias, hemorroidectomia há 25 anos e operação de joelho (não sabia descrever qual) há 20 anos.

Apresentava investigação anterior a respeito da próstata, com aumento de volume e PSA (prostate-specific antigen) de 14 ng/mL. Foi pedida tomografia computadorizada (TC) de coluna, que demonstrou destruição de corpos vertebrais em T7-T8 com preservação do canal e sinais de massa extravertebral para o mediastino. Na TC, a próstata mostrava-se aumentada e heterogênea. Foi internado no Hospital Leonor Mendes de Barros para investigação, com suspeita inicial de metástase óssea na coluna como primeira manifestação de câncer de próstata.

No dia da internação, foi iniciado tratamento com dipirona (uma ampola endovenosa, EV, de seis em seis horas), tramadol (100 mg 6/6 h EV), morfina (2 mg/dia EV), metoclopramida (uma ampola 8/8 h EV SN), dexametasona (4 mg 8/8 h EV), omeprazol (20 mg/dia em jejum, por via oral, VO), insulina NPH (neutra protramina hagedorn), 10 UI subcutânea, SC, pela manhã e 6 UI SC à noite, e doses adicionais de insulina R de acordo com a glicemia capilar, a ser repetida de 6 em 6 horas e captopril (25mg 8/8h por via oral, VO). Duas semanas após a internação, apresentou infecção do trato urinário inferior, pela utilização de sonda vesical de demora, e fez uso de ciprofloxacina (500 mg 12/12 h, VO) por oito dias.

Duas semanas depois, foram feitas cintilografia óssea, ressonância nuclear magnética (RNM) de coluna e biópsia de tecido prostático. Os resultados da cintilografia óssea apresentaram hiperconcentração de radiofármaco em T8 e T9 em grau acentuado, sugestivo de alta probabilidade de doença óssea metastática nas áreas referidas. A RNM (Figura 1) da coluna torácica demonstrou irregularidade dos planaltos inferior T7 e superior T8, acunhamento anterior de T8, alteração de sinal de corpos vertebrais T7 e T8 e do disco T7 e T8, caracterizada por hipersinal na sequência T2, hipossinal na sequência T1 e realce pós-contraste. As alterações se estendiam para as partes moles perivertebrais e para o canal vertebral (abaulamento do muro posterior), elementos posteriores de T7 e T8 e porção proximal das costelas T7 e T8. Não havia compressão da medula com alteração de sinal intramedular. Havia envolvimento das raízes emergentes bilaterais de T6-T7 e T7-T8. Havia sinal que poderia corresponder a pequena coleção em nível de disco T7-T8. A RNM de coluna lombossacra não mostrou alterações.

Pela demora da chegada de todos os resultados dos exames, especialmente o da biópsia de próstata, a conduta inicial foi mantida por cinco semanas. A possibilidade de tratamento com radioterapia para o tumor foi levantada; foi pedido o uso de colete para o paciente, a fim de estabilizar a coluna. Havia resultados sugestivos na RNM, mas não poderia ser feito o PPD (*purified protein derivative*) — pelo uso de dexametasona — de modo que o resultado da biópsia prostática precisou ser aguardado. A biópsia de próstata mostrou-se negativa para neoplasias malignas, com tecido prostático normal característico apenas de hiperplasia benigna de próstata. Com a entrada da sexta semana de internação foi iniciado o tratamento empírico para espondilite tuberculosa, com o esquema tríplice (rifampicina 600 mg, isoniazida 400 mg, pirazinamida 2000 mg, ao dia, VO).

Em três dias, o paciente iniciou melhora progressiva; a dexametasona foi mantida, mas o tramadol e a morfina foram retirados. Em 15 dias apresentava força grau IV e, após 10 semanas de internação, recebeu alta hospitalar, com manutenção do tratamento para tuberculose, utilização de colete torácico e fisioterapia para recuperar funções motoras.

DISCUSSÃO

No atendimento de um paciente com queixa de hemiparesia e nível sensitivo alterado, deve-se sempre levantar como primeira hipótese uma lesão medular. A inexistência de sinais de liberação piramidal, na fase aguda, não exclui o diagnóstico,



Figura 1. Ressonância nuclear magnética demonstrando alterações características da tuberculose óssea.

uma vez que tais sinais desenvolvem-se, geralmente, em fase subaguda e/ou crônica, quando há lesão medular.

O primeiro fator causal a ser excluído é trauma. No caso de pacientes maiores de 50 anos, o segundo fator é representado por processos expansivos. A história de doenças infecciosas que possam causar lesões medulares também deve ser levantada, e sinais infecciosos devem ser buscados, como febre, alterações no hemograma, na velocidade de hemossedimentação, na proteína C-reativa e cultura de bactérias.

Doenças degenerativas raramente apresentam-se subitamente e alterações genéticas são mais raras de se manifestar a partir da meia-idade. Alterações vasculares do suprimento da medula podem ser pensadas, devido a uma trombose ou a uma embolia, especialmente em pacientes com risco cardiovascular (hiperlipidemia, história de hipertensão arterial sistêmica ou acidentes vasculares anteriores), e podem ser excluídas por meio de exames contrastados (TC, RNM).

O paciente que aqui descrevemos, de 62 anos, deu entrada na unidade de emergência com queixa de dor lombar e dorsal e paresia de membros inferiores, sem conseguir urinar. Foi feita uma TC de coluna, onde foi possível observar uma massa extravertebral em T7-T8 e destruição dos respectivos corpos vertebrais. Como apresentava investigação prévia de próstata, foi feito teste do PSA e TC, sendo que o primeiro apresentou resultado acima do normal e a imagem da tomografia mostrava próstata aumentada e heterogênea, o que corroborava para o diagnóstico de metástase óssea de tumor prostático, como sua primeira manifestação. Ao se comparar dados da literatura, fica claro por que primeiro se pensou nesta hipótese diagnóstica e não na tuberculose óssea.

Com o paciente internado, foi feita cintilografia óssea, também com padrão de metástase óssea (é importante notar que esta é sensível para alterações ósseas que estejam relacionadas a um aumento do suprimento sanguíneo, o que vai desde artrose até metástases, mas não é específica, de modo que não foi feita para diagnóstico diferencial, mas sim para a avaliação inicial, tendo em vista que, naquele serviço, seus resultados chegariam mais rapidamente do que os dos outros exames), além de RNM e biópsia da próstata, a qual teve resultado negativo para neoplasias malignas, afastando o diagnóstico inicial. Poderia ter sido feita uma punção da coluna para verificar diretamente o tecido envolvido no processo doloroso e parestésico, dando o diagnóstico final, mas tal exame não estava disponível no hospital em que o paciente estava internado, e a dificuldade para o seu transporte até outra cidade impediu que fosse realizado.

É importante ressaltar que em 10% a 47% dos pacientes com tuberculose óssea há envolvimento neurológico⁷, como o apresentado no caso, sendo um dos pontos da tríade sintomática da doença: gibosidade, abscesso e paraplegia. Além disso, o aspecto da RNM — destruição do corpo vertebral e envolvimento do disco — são aqueles comuns à doença, sendo também as principais causas de compressão medular.⁴

Vale observar a importância do resultado dos exames, visto haver espera de cinco semanas para o resultado da biópsia prostática e duas para o resultado da ressonância magnética. Somente na sexta semana de internação iniciou-se o tratamento para espondilite tuberculosa, seguindo esquema tríplice, com o qual o paciente apresentou melhora progressiva, até a alta 10 semanas após a internação.

Atenção especial deve ser dada à necessidade de observação clínica completa, conhecimento da doença, seus sintomas e imagens que colaboram para o diagnóstico, visto que não é uma doença tão incomum. Suas complicações neurológicas podem evoluir para um quadro irreversível e o tratamento inicial é feito somente com antibióticos, ao contrário de uma metástase, que exige tratamento mais agressivo. A demora nos resultados de exames pode tornar o diagnóstico diferencial de uma doença relativamente simples bastante complexo, acarretando sofrimento não só para o paciente como para toda a família, que passam dias à espera de um diagnóstico que não chega além de gerar gastos contínuos de internação para o governo que poderiam ser minimizados caso o diagnóstico fosse feito mais rapidamente. Além disso, se um diagnóstico errado e grave como um tumor fosse comunicado no momento em que o paciente e a sua família encontram-se tão frágeis poderia ser o suficiente para que ele perdesse a vontade de continuar o tratamento e causasse profundas repercussões psicológicas, muitas vezes irreversíveis, tanto nele quanto em sua família.

CONCLUSÃO

Em um paciente com alteração medular e história de investigação de próstata, nem metástases prostáticas para a coluna nem tuberculose devem ser excluídas. Após anamnese completa e detalhada, alguns exames são essenciais para o diagnóstico diferencial entre metástase prostática para a coluna e mal de Pott: o PSA, o PPD e exames de imagem (principalmente RNM), e, para fechar o diagnóstico, citologia da lesão. O diagnóstico rápido por meio desta metodologia e o tratamento tríplice para tuberculose permitem ao paciente uma estada menor no hospital, uma recuperação rápida e uma lesão tão mínima quanto possível ao sistema nervoso central.

INFORMAÇÕES

Endereço para correspondência:

Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo — Campus Sorocaba

Praça Dr. José Ermirio de Moraes, 290

Jardim Faculdade — Sorocaba (SP)

CEP 18030-095

Tel. (15) 3211-0212

Fax. (15) 3211-0212

E-mail: medi.david@hotmail.com

Fontes de fomento: Nenhuma

Conflitos de interesse: Nenhum

REFERÊNCIAS

- Martins T, Miranda S, Salvado C, et al. Tuberculose óssea. O ressurgir das velhas formas de apresentação [Bone tuberculosis. The recurrence of the old clinical manifestations]. *Medicina Interna*. 1996;3(2):92-5. Disponível em: http://www.spmi.pt/revista/vol03/vol03_n2_1996_092-095.pdf. Acessado em 2009 (10 set).
- Dass B, Puet TA, Watanakunakorn C. Tuberculosis of the spine (Pott's disease) presenting as 'compression fractures'. *Spinal Cord*. 2002;40(11):604-8.
- Pietrobon RS, Pinha MA, Costa PAB, Silva RF. Epidemiologia da tuberculose óssea: análise de 149 casos no Paraná [Epidemiology of bone tuberculosis: analysis of 149 cases in the state of Paraná, Brazil]. *Rev Bras Ortop*. 1994;29(6):426-30.
- Puertas EB, Chagas JCM, Wajchenberg M, D'Orto CCC. Avaliação clínica, radiológica e tratamento de 17 pacientes com tuberculose óssea na coluna vertebral [Clinical and radiological evaluation and treatment of 17 patients with bony tuberculosis in the spine]. *Rev Bras Ortop*. 1999;34(2):113-6.
- Martini RK, Fonseca GF, Almeida AR, Zardo EA. Mal de Pott na infância - relato de caso e revisão da literatura [Pott's disease in childhood - case report and literature review]. *Revista AMRIGS*. 2002;46(1,2):61-5. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/46-01-02/Mal%20de%20Pott%20na%20inf%C3%A2ncia.pdf>. Acessado em 2009 (10 set).
- Cabral MML, Azevedo BCCA, Montenegro LML, Montenegro RA, Lima AS, Schindler HC. Espondilite tuberculosa em adolescente [Tuberculous spondylitis in teenager]. *J Bras Pneumol*. 2005;31(3):261-4.
- Omari B, Robertson JM, Nelson RJ, Chiu LC. Pott's disease. A resurgent challenge to the thoracic surgeon. *Chest*. 1989;95(1):145-50.
- Meohas W, Probstner D, Vasconcelos RAT, Lopes ACS, Rezende JFN, Fiod NJ. Metástase óssea: revisão da literatura [Bone metastases: literature review]. *Rev Bras Cancerol*. 2005;51(1):43-7.
- Garcia RJ, Moura M, Granata Junior GSM, et al. Metástases de origem primária desconhecida: primeira manifestação no tecido ósseo: orientação para o diagnóstico do tumor primário [Skeletal metastasis of unknown origin: first manifestation on the bone tissue: orientation for the diagnosis of the primary tumor]. *Rev Bras Ortop*. 1996;31(11):941-6.
- Abreu BAL, Chaves GA, Soares Junior J, et al. Cintilografia óssea no câncer de próstata [Bone scintigraphy in patients with prostate cancer]. *Radiol Bras*. 2005;38(5):365-9.

Data de entrada: 27/4/2009

Data da última modificação: 23/11/2009

Data de aceitação: 30/11/2009

RESUMO DIDÁTICO

- A afecção óssea na tuberculose ocorre em aproximadamente 1% dos infectados.
- O envolvimento neurológico, que ocorre em 10% a 47% dos pacientes, se não tratado adequada e rapidamente, pode causar danos irreversíveis.
- É necessária, para diferenciar metástases ósseas de tuberculose óssea, uma observação clínica completa, conhecimento das possíveis doenças e da propedêutica armada que pode contribuir para o diagnóstico.
- Tuberculose não é tão incomum e seu tratamento é feito somente com antibióticos, ao contrário de possíveis metástases que exigem tratamento agressivo.
- A demora nos resultados dos exames pode tornar o diagnóstico diferencial de uma doença relativamente simples em algo bastante complexo.
- Alguns exames são essenciais para o diagnóstico diferencial entre metástase prostática para a coluna e mal de Pott: PSA (*prostate-specific antigen*), PPD (*purified protein derivative*), ressonância nuclear magnética (preferencialmente) ou tomografia computadorizada e, para fechar o diagnóstico, citologia da lesão.