

Primary tuberculous osteomyelitis of the mandible mimicking a parotid fistula

Osteomielite tuberculosa primária da mandíbula mimetizando fistula na parótida

Smita Upadhyay¹, Arpit Sharma², Vidisha Tuljapurkar³, Jyoti P Dabholkar⁴

Keywords: mandible, osteomyelitis, tuberculosis.

Palavras-chave: mandíbula, osteomielite, tuberculose.

INTRODUÇÃO

Osteomielite tuberculosa da mandíbula é uma entidade rara; entretanto, o ressurgimento da incidência da tuberculose devido à coinfeção por HIV tem retornado o foco para essa antiga doença¹. Tuberculose oral é geralmente secundária a envolvimento pulmonar; entretanto, as manifestações sistêmicas podem estar ausentes e a lesão oral pode ser a primeira manifestação.

RELATO DE CASO

Uma garota de 14 anos de idade nos foi encaminhada com progressivo edema na região malar direita com dois meses de evolução. Um edema semelhante três meses atrás foi diagnosticado como abscesso parotídeo e foi drenado. Dez dias depois, ela começou a se queixar de uma secreção no mesmo sítio. A paciente se lembra de ter sofrido uma extração dentária oito meses atrás.

O exame revelou um edema endurecido de aproximadamente 5X5 na região da parótida direita, alcançando o ângulo da mandíbula. Houve também secreção na cavidade.

Radiografia simples do tórax estava normal e a citologia do aspirado por agulha fina a partir do edema foi inconclusiva. A paciente teve exame de HIV negativo. A ultrassonografia resultou em osteomielite da mandíbula com um abscesso adjacente bem definido, que foi confirmado à TC. Havia destruição lítica no córtex externo da mandíbula, no ângulo e no colo.

A paciente foi submetida a uma biópsia cruenta. No per-operatório, o córtex externo da mandíbula foi destruído. Material caseoso estava presente e a cavidade foi sondada e chegava até a mandíbula, foi excisada. Como a glândula parótida estava normal, ela foi deixada intacta.

A histopatologia mostrou granulomas de células epitelioides compostos de uma área central de necrose caseosa circundada por células epitelioides, células gigantes de Langhan e um manto periférico de linfócitos. Foi, então, feito o diagnóstico de osteomielite tuberculosa.

A paciente foi submetida a tratamento antituberculoso, que causou completa resolução do edema.



Figura 1. Imagem clínica da paciente mostrando o edema na região da parótida direita.

DISCUSSÃO

A osteomielite tuberculosa da mandíbula é uma entidade rara. Entretanto, em um país como a Índia, onde a tuberculose é endêmica, deve ser um importante diagnóstico diferencial quando se considera edemas de mandíbula de longa duração.

A doença geralmente afeta crianças jovens. A mandíbula raramente é afetada por causa da menor quantidade de osso esponjoso². As principais rotas de disseminação são o escarro contaminado, o tecido mole adjacente e a rota hematogênica. Ferida após a extração de um dente pode também ser uma via de disseminação. O ângulo e o ramo da mandíbula são comumente afetados. Destruição e erosão do córtex ocorrem e este é substituído por tecido mole de granulação. Tecido caseoso resulta do amaciamento, liquefação e formação de um abscesso subperiosteal que pode se extravasar no espaço intraoral ou extraoral³. Cavidades que continuam a secretar apesar do uso de antibióticos podem também representar o sintoma inicial.⁴

Apagamento dos detalhes ósseos é o primeiro sinal, e mais tarde uma área radioluscente também pode ser visualizada na TC devido à descalcificação. O diagnóstico é difícil em crianças, porque em sua

forma primária a doença é paucibacilar e nunca existe correlação bacteriológica. A ausência de AFB no raspado mostrando imagem citológica característica não deve pesar contra o diagnóstico de TBC⁵. Considerando a prevalência geral de TBC na Índia, a presença de granuloma de células epiteliais é indicativa de TBC até que se prove o contrário⁶.

O tratamento, quando iniciado precocemente, leva à completa resolução da lesão. De acordo com o RNTCP, o tratamento preconizado é de seis meses, envolvendo tratamento intensivo de dois meses com Isoniazida, Rifampicina e Pirazinamida, e o tratamento de manutenção deverá ser de quatro meses com Rifampicina e Isoniazida.

CONCLUSÃO

A osteomielite tuberculosa primária é uma entidade rara. A crescente incidência da associação entre TBC e HIV com o aparecimento de resistência medicamentosa representam um grande desafio para países em desenvolvimento. Diagnóstico precoce e rápido início de tratamento são os únicos meios de se reduzir a morbidade da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chaudhary S, Kalra N, Gomber S. Tuberculous osteomyelitis of the mandible: case report in a 4 year old child. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*2004;97(5):603-6
2. Sachs SA, Eisenbud L. Tuberculous osteomyelitis of the mandible. *Oral Surg.*1977;44:425-6.
3. Bhatt AP, Jaykrishnan A: Tuberculous osteomyelitis of the mandible: a case report. *Int J Paediatr Dent.*2001;11(4):304-8
4. Gupta KB, Manchanda M, Yadav SPS, Mittal A. tubercular osteomyelitis of the mandible. *Indian J Tuberc.*2005;52:147-50.
5. Lanka P, Lanka LR, Krishnaswamy B. Role of fine needle aspiration cytology of lymph nodes in the diagnosis of cutaneous tuberculosis. *Indian J Tuberc.*2004;51:131-5
6. Pandit AA, Khilani PH, Prayag AS. Tuberculous lymphadenitis, extended cytomorphological features. In *Diagn Cytopathol.*1995;12:23-7.

¹ MS, residente.

² MS, professor.

³ MBBS, residente.

⁴ MS, Professor e chefe.