

Tuberculose pulmonar no lactente jovem: um relato de caso

Pulmonary tuberculosis in young infant: a case report

Ligia Maria Alves dos Santos¹, Laura Maria de Lima Belizario Facury Lasmar¹, Maria das Graças Rodrigues de Oliveira², Gabriela Belizario Lasmar³, Claudia Ribeiro de Andrade¹

DOI: 10.5935/2238-3182.20170037

RESUMO

A tuberculose pulmonar infelizmente ainda constitui uma doença com grande relevância epidemiológica. Em 2015 acometeu cerca de dez milhões de pessoas no mundo, entre elas 1.000.000 de crianças. Existem vários fatores que podem dificultar o diagnóstico, assim como seu controle e tratamento. Destaca-se a diversidade das apresentações clínicas. O presente trabalho relata um caso de um lactente de três meses de idade, oligossintomático, cujo diagnóstico foi suspeitado e posteriormente confirmado pela cultura, devido à manutenção de imagem radiológica após tratamento de pneumonia comunitária.

Palavras-chave: Tuberculose Pulmonar; Tuberculose Pulmonar/diagnóstico; Lactente.

ABSTRACT

Background: Unfortunately, pulmonary tuberculosis remains a disease with a great epidemiological relevance. In 2015, around ten million of people in the World were affected by tuberculosis, 1 000.000 children's among them. Many factors can difficult the diagnosis, control and treatment of the disease. Among this factors, clinical presentation diversity can be highlighted. In this study, a case of a three months old infant was described. Patient's diagnosis was suspected due to persistent radiological imaging after a community-acquired pneumonia treatment.

Key words: Tuberculosis, Pulmonary; Tuberculosis, Pulmonary/diagnosis; Infant.

INTRODUÇÃO

No ano de 2015 a tuberculose acometeu cerca de 10 milhões de pessoas no mundo, sendo que, destas, 1 milhão e meio foram a óbito pela doença. Na população pediátrica foram cerca de 1 milhão de novos casos registrados. A taxa de declínio da incidência da tuberculose permaneceu em 1,5% entre os anos de 2014/2015, taxa que precisava estar entre 4 e 5% até 2020 para alcançar os marcos da meta da Organização Mundial de Saúde.^{1,2}

As manifestações clínicas mais comuns nas crianças são febre baixa, tosse, irritabilidade e inapetência.¹ Na apresentação radiológica são comuns as adenomegalias hilares e paratraqueais direitas, mas pode-se observar opacidade de qualquer aspecto.¹ Os autores apresentam um caso de tuberculose pulmonar em um paciente de apenas três meses de idade não infectado pelo vírus HIV e encaminhado para propedêutica de massa mediastinal.

Instituição:

UFMG, Faculdade de Medicina,
Departamento de Pediatria,
Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor correspondente:

Ligia Maria Alves dos Santos
E-mail: ligialvesantos@yahoo.com.br

RELATO DE CASO

Paciente de três meses de idade, sexo masculino, nasceu de parto cesáreo eletivo, mãe portadora do vírus HIV sem pré-natal, realizado antirretroviral periparto. Fez uso de zidovudine e sulfametoxazol + trimetopim. Após duas cargas virais negativas foi descartada transmissão vertical.

Com três meses e 25 dias iniciou quadro de febre, tosse e hiporexia. Após três dias de evolução foi encaminhado para internação e iniciado ceftriaxone para tratamento de pneumonia comunitária.

A Figura 1 mostra a radiografia simples de tórax à internação, que evidenciou extensa opacidade em hemitórax direito, sem nível hidroaéreo, sem acometimento do lobo inferior. Após 15 dias de antibioticoterapia o paciente apresentou melhora clínica importante, caracterizada por remissão da febre, tosse e melhora do apetite, no entanto, mantinha alteração radiológica inalterada. Assim, foi solicitada tomografia computadorizada de tórax, que revelou grande massa heterogênea com áreas de necrose localizada em lobo superior direito, obstrução abrupta do brônquio direito, conforme ilustrado na Figura 2. Após o exame foram levantadas as hipóteses de tumor sólido de origem indefinida e malformação congênita do pulmão.

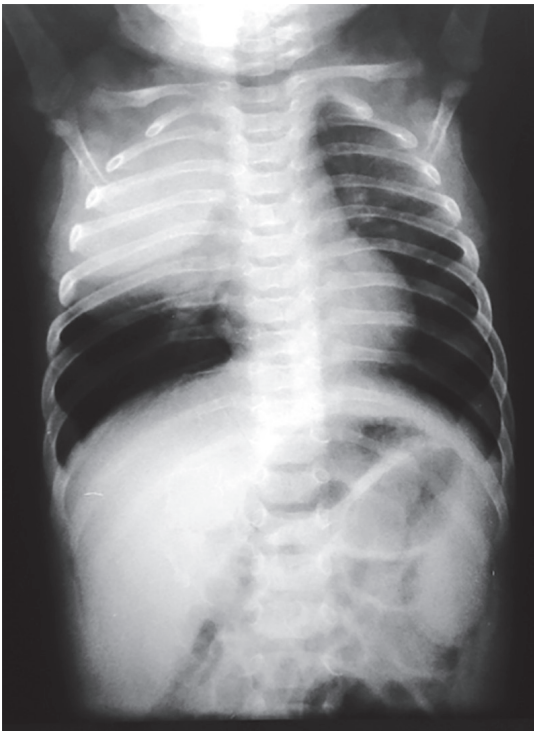


Figura 1 - Radiografia de tórax em PA demonstrando opacidade em lobo superior e médio.

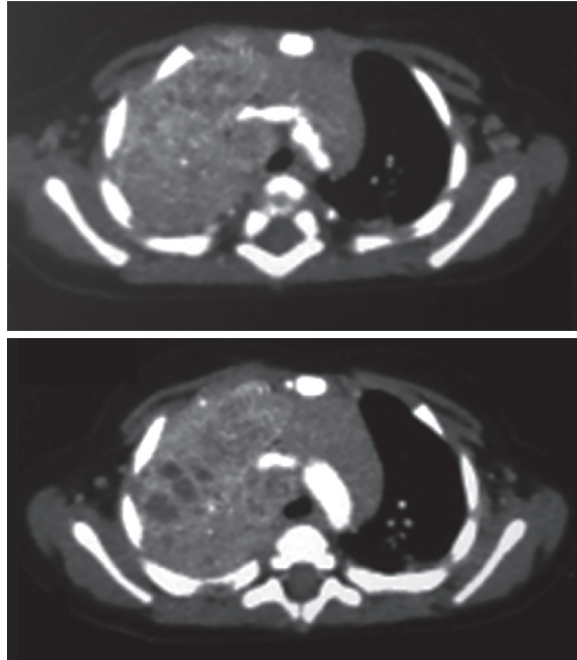


Figura 2 - Tomografia de tórax de alta resolução evidenciava massa heterogênea com áreas de necrose localizada em lobo superior direito.

Recebeu alta após 23 dias de internação, tendo recebido 21 dias de ceftriaxone e amoxicilina com clavulanato por sete dias e foi encaminhado para seguimento ambulatorial ao Serviços de Pneumologia Pediátrica e Cirurgia do Hospital das Clínicas UFMG para esclarecimento da massa mediastinal.

Mantinha tosse, após um mês da alta hospitalar, com então cinco meses e 13 dias de vida, mantendo bom ganho de peso e ótimo estado geral. Ao exame físico encontrava-se taquipneico (frequência respiratória de 60 irpm) e com linfadenomegalia cervical das cadeias cervicais anterior direita e esquerda, sem sinais flogísticos. Restante do exame sem alterações. Foi realizada biópsia de linfonodos cervicais direitos. A análise patológica acusou, à microscopia, numerosos granulomas com células gigantes com áreas de necrose caseosa, congestão e edema, caracterizando linfadenite crônica granulomatosa caseificante. A pesquisa de BAAR foi negativa.

Diante de tais achados, foram solicitados teste tuberculínico cujo resultado foi 18 mm e lavado gástrico, em regime de internação hospitalar. Este apresentou pesquisa de BAAR e auramina negativa em duas amostras. Por fim, a cultura do lavado identificou complexo *Mycobacterium tuberculosis*. Realizado também o teste de sensibilidade da micobactéria encontrada aos tuberculostáticos, entre eles estreptomi-

cina, isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida, sendo sensível a todos.

Os pais negaram contato com tuberculose em várias ocasiões, mas frente aos resultados dos exames foi relatado que a mãe estava em tratamento de tuberculose e que os tuberculostáticos foram suspensos por alteração nos exames hepáticos.

Durante a internação no Hospital das Clínicas, o paciente mantinha dissociação clínico-radiológica, com excelente estado geral, bom ganho de peso. Ao exame físico a única alteração verificada era a taquipneia. Foi iniciado tratamento com isoniazida, rifampicina e pirazinamida. Após 30 dias de tuberculostáticos, a radiografia simples de tórax exibiu nítida redução da opacidade em hemitórax direito. A Figura 3 mostra a radiografia simples de tórax após seis meses de tratamento.

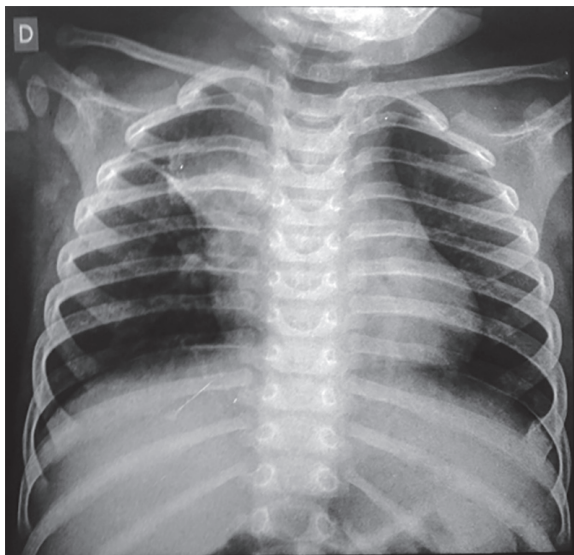


Figura 3 - Radiografia simples de tórax demonstrando opacidade em lobo superior direito sugestiva de atelectasia.

DISCUSSÃO

A tuberculose é uma doença com apresentações clínicas muito variadas. Em especial, no acometimento de lactentes e crianças, o quadro se apresenta oligossintomático na maioria das vezes³, como apresentado pelo caso relatado, daí a grande importância da epidemiologia para a busca do diagnóstico.¹ Diante do grande estigma da doença, ainda se observa grande dificuldade no momento da busca epidemiológica.

Os lactentes e os pré-escolares têm uma forma de tuberculose que acomete principalmente linfonodos e caracteristicamente os linfonodos hilares e

paratraqueais.⁴ Ao exame físico observa-se a linfadenomegalia sem outros sinais flogísticos, como calor, hiperemia e dor, com consistência usual. Por sua vez, o acometimento do parênquima pulmonar é menos frequente, especialmente na extensão apresentada por esse paciente. Acredita-se que, apesar da extensa lesão, o paciente permanecia assintomático devido ao crescimento lento da lesão característica da micobactéria e, desse modo, proporcionou uma adaptação da fisiologia pulmonar do lactente.³

Considerando as características clínicas do paciente na chegada ao serviço de urgência juntamente com uma imagem radiológica alterada, a principal hipótese levantada deve ser de pneumonia bacteriana⁵, o que só pode ser revisto com cautela após avaliação cuidadosa. Os achados que fazem pensar, retrospectivamente, em outro diagnóstico são: paciente clinicamente estável, sem esforço respiratório e hipoxemia, algo pouco provável diante de área de opacidade tão extensa em lactente jovem.⁶

Os tumores também podem apresentar-se como massa heterogênea, com áreas de necrose e que não apresenta características de consolidação em uma tomografia de tórax.⁷ Entre eles, pode-se citar o neuroblastoma.⁸ Assim, deve-se aventar essa possibilidade na ausência de epidemiologia para tuberculose.

Entre os achados radiológicos a tuberculose tem apresentação multivariada. A principal alteração parenquimatosa é caracterizada por opacidade de limites imprecisos, sem predileção por lobos ou seguimentos, invariavelmente associada à linfadenomegalia mediastinal ou hilar do lado da lesão. Podem ocorrer ainda lesões cavitárias, nódulos ou mesmo fenômenos obstrutivos, promovendo áreas de atelectasia lobares ou mesmo erosão de paredes brônquicas com eliminação para a árvore respiratória de material caseoso proveniente de linfonodos. O acometimento pleural é raro nessa faixa etária.⁴ A radiografia do paciente relatado foge muito das apresentações mais comuns da doença, o que torna o seu diagnóstico mais difícil pela falta de suspeição.

A linfadenite crônica granulomatosa caseificante não é um achado patognomônico da tuberculose. Ela também está presente na sarcoidose, doença da arranhadura do gato, brucelose, sífilis, hanseníase e infecções micóticas, mas diante da idade do paciente e da história epidemiológica a tuberculose se torna a principal hipótese diagnóstica.⁸

A positividade da cultura para essa micobactéria é um achado difícil e deve-se tentar em todos métodos

possíveis. Nesse caso, chama a atenção a realização do lavado gástrico, de execução simples e não invasivo. A positividade da cultura, segundo a Organização Mundial de Saúde, é de 25 a 50% quando realizadas três amostras. O lavado gástrico não é um procedimento gerador de aerossóis e é considerado procedimento de baixo risco para transmissão, podendo ser realizado com segurança no leito do paciente ou em uma sala de procedimentos. Ressalta-se que no caso apresentado o risco de transmissão pelo paciente é desprezível considerando-se sua menor idade.

CONCLUSÃO

O presente caso traz mensagens importantes sobre o diagnóstico e assistência aos pacientes com tuberculose. A doença continua sendo subdiagnosticada e o abandono do tratamento é uma realidade com implicações individuais e coletivas. Os pilares do diagnóstico se alicerçam, como em todas as doenças transmissíveis, na anamnese, no exame físico e história de contato. Nosso paciente apresentava dissociação clínico-radiológica, que deve sempre levantar a suspeição de tuberculose. E o exame clínico completo, incluindo linfonodos, pode auxiliar no esclarecimento. A história de contágio deve ser pesquisada de formas variadas e em repetidas situações, pois pode

não ser revelada inicialmente. O lavado gástrico deve ser tentado em lactentes (que não expectoram e não estão aptos a realizar o escarro induzido), pois é não invasivo e, como nesse caso, pode isolar o agente.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: MS; 2011.
2. Organização Mundial de Saúde. Global Tuberculosis Report, 2016. Geneva: WHO; 2016.
3. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD). Diagnostic atlas of intrathoracic tuberculosis in children: a guide for low income countries 2003. Paris: IUATLD; 2003.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Controle da tuberculose: uma Proposta de Integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: MS; 2002.
5. World Health Organization. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014.
6. Ruiz Jiménez M, Guillén Martín S, Prieto Tato LM, Cacho Calvo JB, Álvarez García A, Soto Sánchez B, Ramos Amador JT. Induced sputum versus gastric lavage for the diagnosis of pulmonary tuberculosis in children. *BMC Infect Dis.* 2013 May 16;13:222. doi: 10.1186/1471-2334-13-222.07.
7. Iegman R, Stanton BF, St Geme III JW, Schor NF, Behrman RE. Nelson: tratado de pediatria. 19ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
8. Kumar V, Fausto N, Abbas A. Robbins & Cotran Pathologic basis of disease. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005.