

Tuberculose disseminada em paciente jovem sem fatores de risco

Disseminated tuberculosis in a young patient without risk factors

Laura Soares Anderaus

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA

lauraanderaus@outlook.com

Aline Ellen Ritzmann de Paula

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA

aeritzmann@gmail.com

Giovanna Quintela Liberati

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA

giovannaquintela@gmail.com

Auriston Ferraz da Costa

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA

auristonferraz@yahoo.com.br

Luciana Ferreira de Oliveira

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA

lu.oliveira.md@gmail.com

RESUMO

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pela inalação de partículas de aerossol infectadas pela *Mycobacterium tuberculosis*. Essa doença é prevalente e importante causa de mortalidade no Brasil e no mundo. Dada a sua relevância epidemiológica e a importância da identificação dos fatores de risco que podem piorar o prognóstico da doença, seu diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para evitar desfechos negativos. Assim, o presente estudo busca relatar o quadro de uma paciente jovem sem fatores de risco que apresentou evolução grave da doença, já disseminada devido a sua progressão ao longo de anos sem diagnóstico. A investigação foi conduzida a partir de anamnese, exame físico e exames complementares, chegando à hipótese de tuberculose disseminada e edema cerebral consequente à infecção. A coleta das informações foi feita por análise de prontuário e acompanhamento da investigação.

Palavras-chave: Tuberculose; Tuberculose pulmonar; Tuberculose do Sistema Nervoso Central; Tuberculose dos Linfonodos.

ABSTRACT

Tuberculosis is an infectious disease caused by inhaling aerosolized particles infected with *Mycobacterium tuberculosis*. This disease is prevalent and an important cause of mortality in Brazil and worldwide. Given its epidemiological relevance and the importance of identifying risk factors that can worsen the prognosis of the disease, its early diagnosis and treatment are essential to avoid negative outcomes. Thus, the present study aims to report the case of a young patient who, even without risk factors, presented a severe evolution of the disease, already disseminated due to its progression over years without diagnosis. The investigation was conducted based on anamnesis, physical examination and complementary exams, arriving at the hypothesis of disseminated tuberculosis and cerebral edema as a result of the infection. The information collection was based on the medical records and following the clinical case management.

Keywords: Tuberculosis; Tuberculosis, Pulmonary; Tuberculosis, Central Nervous System; Tuberculosis, Lymph Node.

1 CONTEXTO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que apresenta como principal e primeiro sítio de afecção o pulmão (POZNIAK, 2022). Em indivíduos imunossuprimidos, a chance de recidiva e quadros com prognóstico mais reservado é maior, podendo ser citados como fatores dentre outras causas de imunossupressão, a infecção por HIV, tabagismo e idade avançada. Em pessoas imunocompetentes, por sua vez, há a possibilidade de eliminação do patógeno (REYN, 2021).

O presente relato objetiva demonstrar um exemplo de afecção por tuberculose que, mesmo em paciente jovem e imunocompetente, deixou graves sequelas pulmonares e neurológicas, por ter ficado tanto tempo sem diagnóstico e, portanto, intervenção, mesmo em contato próximo com pessoa sabidamente infectada.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 20 anos, parda, natural e residente em Volta Redonda - RJ, casada, do lar, comparece à consulta no Hospital Municipal Dr. Munir Rafful acompanhada pela sogra, encaminhada pelo ambulatório de otorrinolaringologia, com queixa de rebaixamento do nível de consciência.

A acompanhante relata que paciente apresentou linfonodomegalia em região axilar há 1 ano, tendo sido feita a biópsia, na qual não constavam alterações, bem como biópsia de medula óssea, também sem alterações.

Há 1 mês, vem apresentando perda ponderal de 6kg, inapetência e queda progressiva do estado geral. Foi realizada nova biópsia de cadeia ganglionar, agora cervical, em consultas ambulatoriais durante este período, que evidenciou presença de dois linfonodos exibindo processo inflamatório crônico granulomatoso com reação gigantocelular e áreas de necrose, porém ausência de sinais de malignidade.

A acompanhante acrescentou que sua mãe está internada no Hospital São João Batista com os mesmos sintomas, e que há dois anos finalizou um tratamento para tuberculose. Ao ser indagada sobre outros sintomas típicos dessa doença, como sudorese noturna e tosse, a acompanhante relata que paciente se queixava dos mesmos com constância, mas não soube informar o tempo de evolução desses sintomas. Negava outras comorbidades ou afecções prévias.

Ao exame, a paciente se encontrava estável, com queda do estado geral, lúcida, alternando entre períodos de orientação e desorientação, eupneica em ar ambiente, hidratada, hipocorada ++/4+ e afebril, apresentando baixa interação. A ausculta cardiovascular não fugia do padrão de normalidade; o aparelho respiratório apresentava murmúrio vesicular universalmente audível, com roncos e estertores difusos; abdome era flácido, com peristalse presente, doloroso à palpação superficial e profunda em flanco direito, hepatoesplenomegalia, sem sinais de irritação peritoneal. Linfonodomegalia em cadeia cervical anterior e posterior, submandibular bilateralmente, supraclavicular à esquerda, axilar bilateralmente e inguinal.

Este trabalho está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

3 DADOS COMPLEMENTARES

Sorologias para HIV, hepatites B e C de resultado negativo, hemograma completo com anemia microcítica e hipocrômica e leucocitose, pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), também negati-

vo, hemocultura, punção lombar e aspirado endotraqueal, que demonstrou cocos gram positivos e leveduras - possível contaminação de amostra.

O raio-x de tórax evidenciou infiltrado reticulonodular bilateral. As tomografias computadorizadas de crânio e tórax sugeriam edema citotóxico, a considerar encefalite/cerebrite, e múltiplas cavitações pulmonares, opacidades, padrão de árvore em brotamento, derrame pleural e empiema, delineando como principal diagnóstico a tuberculose pulmonar pós primária com disseminação endobrônquica.

4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Os diagnósticos diferenciais propostos foram a paracoccidioidomicose, histoplasmosse, criptococose, aspergilose e pneumonia comunitária. Podem ser também citadas a encefalite e a cerebrite como suspeitas no acometimento neurológico. A soropositividade para HIV foi fortemente considerada.

5 TRATAMENTO

A paciente foi tratada empiricamente para doenças causadoras de acometimento pulmonar e neurológico, além das medidas de suporte clínico. Inicialmente, com sulfametoxazol/trimetoprim, empírico para paracoccidioidomicose; Piperacilina e Tazobactam, almejando cobertura ampla de germes; Vancomicina e Fluconazol para leveduras; e aciclovir, com a possibilidade de soropositividade para HIV. Esses medicamentos foram suspensos e foi iniciada a terapia combinada preconizada pelo Ministério da Saúde para tuberculose miliar com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RHZE). O edema cerebral foi tratado com dexametasona.

6 DISCUSSÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo bacilo de Koch ou *Mycobacterium tuberculosis*, que apresenta como principal e primeiro sítio de afecção o pulmão (POZNIAK, 2022). Em geral, a doença é adquirida por inalação de partículas de aerossol infectadas, contendo a bactéria causadora, sendo que em pessoas imunocompetentes há a possibilidade de eliminação do patógeno, além de outros desfechos, como desenvolvimento da infecção primária, infecção latente ou mesmo reativação da doença (REYN, 2021).

Neste caso, o diagnóstico foi estabelecido a partir de um conjunto de critérios clínicos e epidemiológicos: contato domiciliar com caso confirmado, sintomas típicos (sudorese noturna, perda ponderal, tosse crônica), presença de linfonodomegalias com necrose caseosa em biópsia, além de achados tomográficos característicos (cavitações, padrão de árvore em brotamento e disseminação endobrônquica). Apesar da negatividade para BAAR e cultura, a resposta favorável ao esquema RHZE reforçou a hipótese diagnóstica por meio de prova terapêutica. Ressalta-se que não foi realizado o teste molecular rápido (GeneXpert MTB/RIF), recomendado nas diretrizes nacionais, em razão da indisponibilidade do exame no serviço de saúde onde o caso foi acompanhado.

Os diagnósticos diferenciais incluíram paracoccidioidomicose, histoplasmosse, criptococose, aspergilose e pneumonia comunitária, além de encefalite e cerebrite diante do comprometimento neurológico. Foram realizadas culturas, sorologias e exames de imagem, que não confirmaram essas hipóteses, justificando a suspensão progressiva dos antimicrobianos e antifúngicos utilizados inicialmente. A decisão de interromper os tratamentos empíricos decorreu da ausência de resposta clínica e dos resultados labora-

toriais pouco sugestivos de outras etiologias infecciosas, conduzindo à manutenção exclusiva do esquema antituberculoso.

O motivo principal da internação foi o rebaixamento do nível de consciência, associado a edema cerebral. As formas neurológicas da TB incluem meningite, tuberculoma e aracnoidite espinhal (GARG, 2023), condições compatíveis com o quadro apresentado. O uso de dexametasona mostrou-se adequado para o controle do processo inflamatório no sistema nervoso central.

A evolução clínica da paciente foi marcada por discreta melhora do estado geral e redução progressiva da febre e dos sintomas respiratórios após a introdução do esquema RHZE, confirmando retrospectivamente a hipótese diagnóstica inicial. Entretanto, a gravidade da apresentação e o tempo prolongado de evolução até o início do tratamento justificam o risco aumentado de sequelas neurológicas e pulmonares, configurando um caso de alta complexidade em paciente jovem e previamente saudável.

7 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1- O que pode ser citado como fator de risco para a piora do prognóstico da tuberculose? Dê, pelo menos, três exemplos.

2- Assinale o grupo ao qual pertence o bacilo de Koch, bactéria causadora de tuberculose.

- a) Micobactérias
- b) Gram negativos
- c) Gram positivos
- d) Atípicas

3- Qual é o achado da biópsia mais sugestivo do diagnóstico de tuberculose?

- a) Necrose não caseosa
- b) Granuloma caseoso
- c) Granuloma piogênico
- d) Necrose gordurosa

Gabarito:

1- Infecção por HIV; doença renal crônica em estágio avançado; diabetes mellitus; linfoma maligno; uso de corticosteróides e inibidores do TNF-alfa; tabagismo e idade avançada são possíveis respostas para esta pergunta. Todos dizem respeito a condições que trazem algum grau de imunossupressão ao paciente.

2- **A.** O bacilo de Koch ou *Mycobacterium tuberculosis* pertence ao grupo das micobactérias.

3- **B.** O achado típico da biópsia de tuberculose, embora não patognomônico, é o granuloma caseoso ou também chamado de necrose caseosa.

REFERÊNCIAS

BERNARDO, J. Clinical manifestations, diagnosis, and treatment of miliary tuberculosis, Uptodate, 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment-of-miliary-tuberculosis?search=tuberculose%20disseminada%20&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2. Acesso em 18 abr. 2023

GARG, R. Tuberculous meningitis: Clinical manifestations and diagnosis, 2023. Disponível em https://www.uptodate.com/contents/tuberculous-meningitis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=encefalite%20tuberculosa%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em 18 abr. 2023.

GIOVANE, Richard A.; LAVENDER, Paul Drake. Central Nervous System Infections. Primary Care: Clinics in Office Practice, [S.L.], v. 45, n. 3, p. 505-518, set. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2018.05.007>.

POZNIAK, A.; Clinical manifestations and complications of pulmonary tuberculosis, 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-complications-of-pulmonary-tuberculosis?search=arvore%20em%20brotamento%20tuberculose&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1528649. Acesso em 18 abr. 2023

REYN, C.; Tuberculosis: Natural history, microbiology, and pathogenesis, 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/tuberculosis-natural-history-microbiology-and-pathogenesis?search=tuberculose&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3. Acesso em 18 abr. 2023.