

A importância do diagnóstico de tuberculose em pediatria: um relato de caso



Joana Moreira Queiroz¹, Rita Mira¹

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que em 2016 tiveram aproximadamente 1 milhão de casos de tuberculose (TB) na população infantil mundial e a doença foi responsável por 130 mil mortes naquele ano, o que faz com que a TB seja uma das 10 principais causas de óbito em crianças no mundo. No Brasil, de acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em 2015, foram registrados 83.617 casos de TB, dos quais 7.106 (8,5%) ocorreram em menores de 19 anos.¹

A doença pulmonar e a adenopatia intratorácica associada é a apresentação mais frequente de TB em crianças.² Contudo, pode haver doença extrapulmonar, com diversas outras apresentações clínicas, a depender do sítio de acometimento. Sendo que os mais comuns são: ganglionar e sistema nervoso central.³

CASO CLÍNICO

O paciente K.C.S., 11 anos, estudante, sexo masculino, previamente hígido, deu entrada no pronto atendimento pediátrico do Hospital Santa Izabel em 07 de julho de 2016, com relato de febre diária iniciada há 14 dias da admissão. A febre não possuía predileção de horário, a temperatura máxima era de 39°C, em média 2 a 3 picos diários, cursava com sudorese no momento da febre e cedia ao uso de dipirona. Referia tosse produtiva esporádica e perda ponderal, aproximadamente, de 4 quilos no último mês. Negava vômitos, diarreia, lesões de pele ou qualquer outra queixa adicional relacionada ao quadro. Fez uso no período de amoxicilina por 7 dias, além de sintomáticos. Negava viagens recentes ou contato com portador de TB. Negava patologias prévias.

Ao exame físico, o menor encontrava-se com estado geral e nutricional preservados, o padrão respiratório era adequado para a idade, bem como a ausculta

pulmonar era normal. Apresentava linfonodos cervicais, inguinais e axilares, o maior medindo 1cm, de característica fibroelástica, móvel e indolor. O exame segmentar adicional não apresentava alterações.

Na admissão, apresentava exames laboratoriais sem achados significativos e radiografia (Rx) de tórax com adensamento hilar, conforme Figura 1.



Figura 1. Rx de tórax PA e perfil

Foi solicitado internamento hospitalar para tratamento e investigação diagnóstica, além de ter sido introduzido na admissão cefuroxima e sintomáticos.

Inicialmente, a criança foi abordada como febre de origem indeterminada, foram solicitados os seguintes exames: hemocultura, baciloscopia do escarro, cultura do escarro, sorologias, teste tuberculínico (PPD), ecocardiograma transtorácico (TT), ultrassonografia (US) de abdômen e tomografia (TC) de tórax.

Os exames revelaram: hemocultura negativa, baciloscopia do escarro negativa (2 amostras), cultura do escarro negativa, PPD não reator, Anti-HIV 1 e 2 não reagente, IgM toxoplasmose não reagente, IgG toxoplasmose não reagente, IgG citomegalovirus reagente, IgM citomegalovirus não reagente, IgM Epstein

Barr não reagente, IgG Epstein Barr reagente, USG de abdômen normal, ecocardiograma TT normal e TC de tórax apresentou formação com densidade de partes moles peri-hilar à esquerda, com margens irregulares e lobuladas, de limites imprecisos, sem nítido plano de clivagem com a região subaórtica, nódulo com densidade de partes moles e margens lobuladas no lobo inferior do pulmão esquerdo, medindo cerca de 1,0 x 0,8cm em seus maiores eixos axiais, além de linfonodomegalias em cadeia subaórtica, subcarinal e hilar à esquerda.

Diante dos achados obtidos na TC de tórax, a hipótese mais provável naquele momento era de doença neoplásica, sendo que as patologias de origem inflamatória/ infecciosa faziam parte do diagnóstico diferencial.

O menor foi então submetido à toracoscopia, que evidenciou linfonodomegalia mediastinal, sendo realizada linfadenectomia mediastinal, encaminhado material para biópsia, pesquisa de BAAR e cultura.

A despeito do tratamento instituído na admissão, o paciente manteve febre diária, sem mudança do padrão da mesma, foi verificada a manutenção da imagem radiológica e não houve piora clínica neste período. Fez uso de cefuroxima por 10 dias.

A conclusão da biópsia foi linfadenite crônica granulomatosa, a baciloscopia linfonodal foi negativa e a cultura do linfonodo houve crescimento de *Mycobacterium tuberculosis*, sensível à isoniazida, etambutol, estreptomina e rifampicina.

Foi iniciado o esquema básico indicado para tratamento de tuberculose na faixa etária pediátrica, conforme protocolo do Ministério da Saúde do Brasil (MS), com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, por 2 meses, seguido de rifampicina e isoniazida por mais 4 meses.⁴

A criança cursou com boa evolução, não evidenciou efeitos colaterais relacionados ao uso do tratamento instituído. Após finalizar o tratamento para TB, realizou nova TC de tórax, com resolução completa da imagem.

DISCUSSÃO

O grande desafio relacionado à TB na faixa etária pediátrica é o seu diagnóstico, que é prejudicado pela ausência de exame específico que possa ser considerado padrão-ouro. As técnicas diagnósticas classicamente utilizadas em adultos apresentam baixa sensibilidade e especificidade em crianças e a confirmação pela identificação bacteriológica nem sempre é viável⁵. Como TB pulmonar em crianças tipicamente apresenta doença pulmonar paucibacilar e não cavitária, a confir-

mação bacteriológica é em menos de 50% das crianças maiores e 75% dos lactentes⁶. Destaca-se que a correta caracterização da doença na fase precoce é extremamente importante para reduzir a morbidade dessa infecção. O diagnóstico tardio e, conseqüentemente, a instituição de terapêutica adequada de forma tardia estão intimamente relacionados ao aumento não somente da morbidade, como da mortalidade decorrente da TB⁷.

O diagnóstico de TB em pediatria é frequentemente baseado na presença da tríade clássica: contato próximo recente com um portador de TB, PPD reator e achados sugestivos no Rx de tórax ou exame físico/história clínica⁸. Em 2017, a Sociedade Americana de Doenças Infecciosas inclui o IGRA (interferon-gamma release assays) como mais um método aliado, a fim de contribuir no diagnóstico de TB⁹.

O MS emprega como auxílio no diagnóstico de TB em criança abaixo de 10 anos ou adolescentes com bacilosocopia negativa, o sistema baseado em pontos, conforme o quadro 1. De acordo com a pontuação baseada nos critérios utilizados, a suspeita de tuberculose é: muito provável, se apresentar maior ou igual a 40 pontos, possível se apresentar entre 30 e 35 pontos e pouco provável se apresentar igual ou inferior a 25 pontos¹⁰.

Quadro 1. Sistema de pontuação para diagnóstico de TB pulmonar em crianças (menores de 10 anos) e em adolescentes (com BAAR negativo) [B].

Sinais e sintomas	Quadro clínico-radiológico	Contato com adulto com TB	Teste tuberculínico	Estado nutricional
Febre ou sintomas como tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento, sudorese > 2 semanas Acrescentar 15 pts.	<ul style="list-style-type: none"> Adenomegalia hilar ou padrão milar Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado > 2 semanas Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) > 2 semanas evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos para germes comuns Acrescentar 15 pts	Próximo, nos últimos 2 anos Acrescentar 10 pts.	<ul style="list-style-type: none"> ≥ 10 mm em vacinados com BCG há menos de 2 anos ou ≥ 5 mm em vacinados há mais de 2 anos, não vacinados ou imunossuprimidos Acrescentar 15 pts.	Desnutrido grave Acrescentar 5 pts.
Assintomático ou com sintomas < 2 semanas 0 pt.	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo < 2 semanas Acrescentar 5 pts			
Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos Menos 10 pts.	Radiografia normal Menos 5 pts.	Ocasional ou negativo 0 pt.	Abt 4 mm 0 pt.	

Fonte: (Adaptado de SANCHEZ et al., 2006).
Nota: pts = pontos

Logo, a partir do exposto, a tuberculose é uma realidade atual em pediatria, inclusive com risco de óbito, conforme os dados estatísticos. Diante da dificuldade do diagnóstico inerente a esta faixa etária, é necessário que esta afecção seja considerada diante das possibilidades durante a prática clínica, principalmente pelo fato de ser uma doença com apresentação clínica variada e não específica. Além disso quanto mais precoce é o seu reconhecimento, com consequente instituição da terapêutica adequada, melhor resultado e desfecho final terá o paciente.

REFERÊNCIAS

1. Tuberculosis in pediatric patients: how has the diagnosis been made?. Rev Paul Pediatr. 2017;35(2):165-170.
2. Cruz AT, Starke JR. Clinical manifestations of tuberculosis in children. Paediatr Respir Rev 2007; 8:107.
3. Mandalakas AM, Starke JR. Current concepts of childhood tuberculosis. Semin Pediatr Infect Dis 2005; 16:93.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota técnica sobre as mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 28 ago. 2009.
5. Marais BJ, Pai M. Recent advances in the diagnosis of childhood tuberculosis. Arch. Dis. Child. 2007;92:446-52.
6. American Academy of Pediatrics. Tuberculosis. In: Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases, 30th ed, Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS (Eds), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2015. p.805.
7. Perez-Velez CM, Marais BJ. Tuberculosis in children. N Engl J Med 2012; 367:348
8. Lawn SD, Zumla AI. Tuberculosis. Lancet. 2011;378:57-72.
9. Lewinsohn DM, Leonard MK, LoBue PA, et al. Official American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America/Centers for Disease Control and Prevention Clinical Practice Guidelines: Diagnosis of Tuberculosis in Adults and Children. Clin Infect Dis 2017; 64:111.
10. SÁNCHEZ, G. M. et al. Formas clínicas de la tuberculosis infantil: Hospital Roberto del Río. 1989-2005. Rev Chil Enf Respir, Chile, v. 24, p. 101-105, 2008.

1- Serviço de Pediatria do HSI
Endereço para correspondência:
joanamoreiraqueiroz@yahoo.com.br

Referência em
**NEUROLOGIA
E OTORRINO**
dentre 39 especialidades.



Santa Izabel, o Hospital da Santa Casa da Bahia.



santacasaba.org.br/hospital



2203-8444

Responsável técnico: Dr. Ricardo Madureira CREMEB 12793