

TUBERCULOSE MILIAR EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Ricardo Henrique Silva Miranda¹; Alice Cabral Barbosa¹; Isabela Luísa Oliveira¹; Layla Kethlyn de Oliveira Santos¹; Ihan Bruno Lopes Rabelo¹.

¹Complexo de Saúde São João de Deus

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), ainda hoje, é epidemiologicamente relevante, principalmente nos países em desenvolvimento, tendo afetado mais de 85000 brasileiros em 2020. É uma doença infectocontagiosa causada por espécies do “complexo *Mycobacterium tuberculosis*”. As manifestações clínicas da TB miliar são multifacetadas e inespecíficas, sendo o diagnóstico precoce de suma importância no prognóstico da doença.

OBJETIVOS

Discutir de forma prática e objetiva, aspectos importantes da condução propedêutica e terapêutica da TB miliar no paciente imunossuprimido.

RELATO DO CASO

Recebemos neste serviço, paciente masculino, 13 anos, com diagnóstico recente de Doença de Crohn, em uso regular de azatioprina e infliximabe. Há 20 dias da admissão hospitalar, evoluiu com quadro de febre diária, sem horário preferencial, associado à astenia, hiporexia e dor torácica tipo pleurítica. Houve, ainda, surgimento de lesões purpúricas em membros inferiores, com resolução espontânea. Sem outras queixas. Ambulatorialmente, após duas consultas e realização de exames complementares, a origem da febre não foi elucidada. Exames laboratoriais revelaram anemia de doença crônica e aumento de provas inflamatórias. Tomografia de tórax evidenciou ‘múltiplos micronódulos esparsos com distribuição randômica’. Considerando TB miliar como a principal hipótese diagnóstica, foi iniciado prontamente o esquema RHZE + piridoxina. Após 3 semanas de internação, evoluiu com piora do padrão respiratório, hipoxemia, persistência da febre e piora radiológica. Associou-se ao esquema RHZE, o sulfametoxazol+trimetoprima e prednisona, considerando a hipótese de pneumocistose. Em seguida, foi realizada biópsia hepática via videolaparoscopia, que evidenciou granulomas com necrose caseosa, com coloração BAAR negativa, cultura para fungos e bactérias

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

também negativas, corroborando a principal hipótese. Paciente evoluiu satisfatoriamente, porém manteve febril até a sexta semana de tratamento.

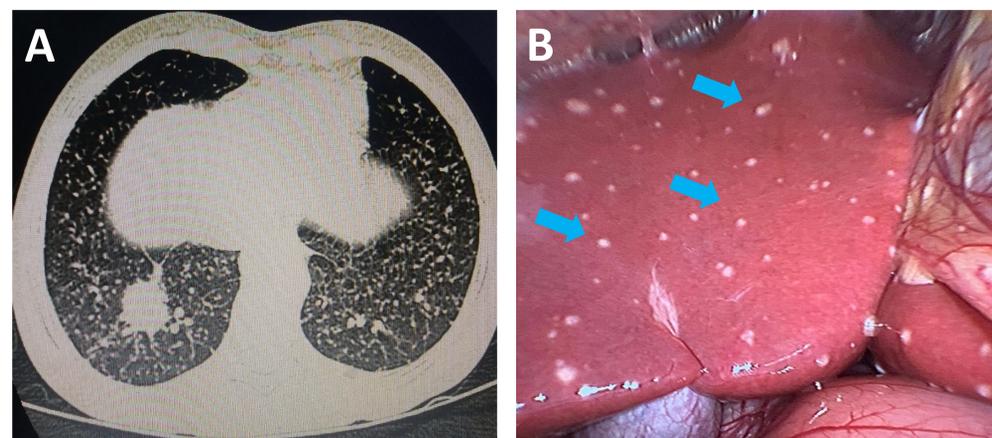


Figura 1: (A) Múltiplos micronódulos esparsos em ambos os pulmões. Opacidade nodular/consolidação na base pulmonar direita, medindo cerca de 2,1 x 2,0 cm. Espessamento de paredes brônquicas, sugestivo de broncopatia inflamatória; (B) Videolaparoscopia realizada com finalidade de coleta de material para estudo anatomopatológico privilegiando a identificação de múltiplos implantes caseosos distribuídos pelo parênquima hepático (setas azuis).

CONCLUSÕES

A TB miliar é resultante da disseminação hematogênica do *Mycobacterium de* forma primária ou por reativação de um foco latente. Apesar do padrão característico na radiografia de tórax, outras infecções oportunistas acometem o parênquima pulmonar de forma semelhante, tais como, pneumocistose, histoplasmose, coccidioidomicose, entre outras. Dessa forma, uma propedêutica detalhada contribui para elucidação diagnóstica precoce. Dentre as possibilidades, a biópsia hepática deve ser uma opção considerada, já que o fígado é o sítio com melhor acurácia, permitindo a confirmação histopatológica. Critérios clínicos, anatomopatológicos, laboratoriais e radiológicos, devem ser correlacionados para a confirmação do caso. Portanto, diante de um paciente imunossuprimido com febre de origem indeterminada, a TB miliar deve ser levada em consideração, uma vez que o diagnóstico ágil e a instituição precisa do tratamento, reduzem a chance de desfechos nefastos.