

## **TUBERCULOSE GANGLIONAR EM PRÉ ESCOLAR EM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE - RELATO DE CASO**

Isadora Cunha Damaceno<sup>1</sup>, Aline Faria Silveira<sup>2</sup>, Leonardo Pereira da Silveira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unisul Pedra Branca- SC. <sup>2</sup>Universidade Feevale-RS

### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A tuberculose (TB) representa um problema de saúde pública e uma causa relevante de morte no mundo. Dentre as causas de tuberculose extrapulmonares, a tuberculose ganglionar (TG) é a mais comum.

Os casos de tuberculose extrapulmonar afetam principalmente os países em desenvolvimento, onde cerca de 40% dos casos de linfadenopatias são advindas da tuberculose extrapulmonar.

**RELATO DE CASO:** Paciente, 4 anos, sem comorbidades prévias, com carteira vacinal em dia, chega à emergência com abscesso supurado em região axilar com aproximadamente 7 dias de evolução. Paciente relatava dor intensa com febre de 39,1°C. Prescrito cefalexina por 7 dias, com orientação de retorno se piora do quadro ou persistência da febre. No quarto dia de tratamento, procurou atendimento devido a persistência da febre e piora do abscesso, sendo então optado pela internação da paciente. Durante a internação, foi escalonada terapia antimicrobiana para oxacilina endovenosa. Após 3 dias de internação percebeu-se evolução da lesão para aspecto caseoso no centro do abscesso. Pai refere que irmã da paciente recebeu diagnóstico de tuberculose há 7 meses. Desta forma, fora solicitado realização de biópsia da lesão com pesquisa de BAAR. Por fim, o anatomopatológico revelou a presença de células caseosas, baciloscopia e TRM-TB positivo em cultura. Por conseguinte, a criança recebeu tratamento com Rifampicina, isoniazida, pirazinamida (RHZ 75/50/150mg), apresentando melhora do quadro.

**DISCUSSÃO:** A tuberculose extrapulmonar normalmente acomete adultos jovens, abaixo dos 40 anos, portadores de fatores de risco como imunossupressão, desnutrição e outras comorbidades. O quadro clínico costuma ser insidioso com febre, perda de peso e aumento progressivo dos linfonodos, formando grandes massas linfonodais. O diagnóstico definitivo de TG é desafiador pela variabilidade clínica e laborais inconsistentes. Dentre as

alternativas para investigação da TG, o exame inicial de escolha é a punção aspirativa por agulha final do maior linfonodo palpável. Sendo que a baciloscopia direta e cultura apresentam-se positivas em 10-25 % e em 50-85% dos pacientes, respectivamente. Em casos inconclusivos, uma biópsia do linfonodo costuma ser conclusiva. O esquema de tratamento antimicrobiano da tuberculose pulmonar e extrapulmonar é o mesmo, associação da rifampicina, isoniazida e pirazinamida. A resposta ao tratamento da TG é mais lenta do que na forma pulmonar, devendo-se avaliar e acompanhar a evolução do quadro.

**CONCLUSÃO:** A TG é um diagnóstico provável para pacientes pré-escolares com quadro de adenomegalia localizada com linfonodos indolores maiores de 2 cm. Mesmo na ausência de história de contato com pessoas portadoras de tuberculose ou presença de imunodeficiência. Sendo assim, se faz necessário o rastreio para o tratamento mais breve possível, a fim de um prognóstico favorável.