

Tuberculose pleural na criança

Pleural tuberculosis in children

RESUMO

Objetivo: relatar um caso de tuberculose pleural em uma criança.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de um escolar de 12 anos, gênero feminino, com dor em hipocôndrio esquerdo e picos febris não aferidos com duração de 6 dias, além de perda de peso, adinamia e hiporexia, negando tosse e dispneia. Na radiografia de tórax apresentou derrame pleural à esquerda, sendo realizada toracocentese com retirada de líquido amarelo-citrino e coletado material para biópsia. O teste tuberculínico foi reagente, a baciloscopia negativa em 3 amostras e a dosagem de adenosina deaminase (ADA) foi acima de 200 U/l. No anátomo patológico havia infiltrado linfocítico-granulomatoso com áreas de necrose de caseificação e células gigantes tipo Langhans, compatível com o diagnóstico de tuberculose pleural.

Conclusões: Tb pleural é um diagnóstico que deve ser considerado em crianças não toxemiadas que apresentam derrames pleurais. É rara, sendo mais comum em adolescentes. O diagnóstico em crianças, devido a sua característica paucibacilar, deve ser realizado por meio de critérios epidemiológicos e clínico-radiológicos, baseando-se em quatro pilares: a clínica do paciente, o contágio com algum grupo de risco, a radiografia de tórax e o teste tuberculínico, estando presente três destes critérios pode-se confirmar o diagnóstico. Nos últimos anos, a dosagem de ADA vem sendo uma alternativa para o diagnóstico de tuberculose pleural. Os autores discutem que os sinais e sintomas da tuberculose na infância são inespecíficos, o que dificulta a suspeição clínica e retarda o diagnóstico da doença.

Palavras-chave: Tuberculose; Pleural; Criança

Eugênio Fernandes de Magalhães¹
Claudinei Leôncio Beraldo¹
Anna Luiza Pires Vieira¹
Gabriel Rodrigues de Almeida¹
Thabata Geraldini Barros¹
Bruno Leoncio Beraldo²

¹Curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Vale do Sapucaí/UNIVÁS. Pouso Alegre-MG, Brasil.

²Programa de Residência de Pneumologia da Escola Paulista de Medicina/UNIFESP. São Paulo-SP, Brasil.

Correspondência

Faculdade de Ciências da Saúde Dr. José Antônio Garcia Coutinho - Facimpa
Avenida Cel. Alfredo Custódio de Paula, 320 -
Medicina, Pouso Alegre-MG.
37550-000, Brasil.

Recebido em 17/fevereiro/2014
Aprovado em 31/março/2014

ABSTRACT

Objective: To report a case of pleural tuberculosis in a child.

Case description: We present the case of a school girl 12 years old, female gender, with pain in the left upper quadrant and fever spikes not measured lasting 6 days, besides weight loss, lethargy and appetite loss, denying cough and dyspnea. Chest radiographs showed left pleural effusion, thoracentesis was performed with removal of citrus-yellow liquid and samples for biopsy. The tuberculin test was positive, a negative smear in 3 samples and determination of adenosine deaminase was above 200 U/l. Pathology had granulomatous-lymphocytic infiltrate with areas of caseous necrosis and Langhans giant cells, reaching the diagnosis of pleural tuberculosis.

Conclusions: Pleural TB is a diagnosis that should be considered in children who have not toxemiadas pleural effusions. It is rare and is more common in adolescents. The diagnosis in children, due to its characteristic paucibacillary, must be accomplished through epidemiological and clinical criteria, radiological, based on four pillars: clinical signs, with some contagion risk group, the chest radiograph and tuberculin skin test being present three of these criteria can confirm the diagnosis. In recent years, the dosage of ADA has been an alternative for the diagnosis of pleural tuberculosis. The authors discuss the signs and symptoms of childhood tuberculosis are nonspecific, which makes the clinical suspicion and slows disease diagnosis.

Keywords: Tuberculosis; Pleural; Child

INTRODUÇÃO

Tuberculose, ou TB é uma doença infecciosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (*Mtb*), com comprometimento pulmonar e/ou extrapulmonar. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que no ano de 2011 ocorreu quase 9 milhões de novos casos e 1,4 milhões de mortes por tuberculose¹. Em nosso país, 7% dos casos relatados afetaram crianças ou adolescentes (0-14 anos de idade)²; na cidade de Pouso Alegre-MG, foram 31 casos no ano de 2011, sendo dois deles em crianças³.

A tuberculose na infância costuma ser abacilífera, ou seja, negativa ao exame bacteriológico, pelo reduzido número de bacilos nas lesões. Em

adolescentes (a partir dos 10 anos), encontram-se formas semelhantes às encontradas em adultos (tuberculose do tipo adulto)⁴. O diagnóstico da TB doença neste grupo é fundamentado em bases clínicas, epidemiológicas e radiológicas associados à interpretação do teste tuberculínico (TT) cutâneo, em virtude da dificuldade em demonstrar o agente, embora sua confirmação deva ser feita sempre que possível⁵.

A TB pleural em crianças é rara, sendo mais comum em adolescentes⁴⁻⁶. Apresenta-se aqui achados clínicos, radiológicos e laboratoriais de um caso de TB pleural em uma criança de 12 anos de idade.

RELATO DE CASO

Escolar de 12 anos, sexo feminino, atendida no ambulatório de Pneumologia, acompanhado de sua mãe, relatando que a mesma apresentava dores recorrentes em hipocôndrio esquerdo do tipo pontada e picos febris havia 6 dias, associado à perda de peso, hiporexia e adinamia no último mês. Negava tosse e dispnéia no período.

Havia procurado atendimento ambulatorial pediátrico na semana anterior devido à dor abdominal, onde foram prescritos dipirona e paracetamol. Questionada sobre patologias prévias, relatou apenas varicela e caxumba. Na família todos estavam hígidos e sem queixas. Tinha boas condições de moradia com saneamento básico e água encanada. Ao exame apresentava-se em regular estado geral, hipocorada, febril e eupnéica. À propedêutica pulmonar apresentava-se com diminuição do murmúrio vesicular em base pulmonar esquerda e maciez à percussão.

Foi então solicitado exames de rotina como radiografia de tórax nas incidências PA e Perfil e teste tuberculínico (TT) intradérmico, dosagem de adenosina deaminase (ADA), assim como pesquisa de bacilo de Koch (BK) em três amostras de escarro induzido. Sendo, então, evidenciados velamento da base pulmonar E. (Figura 1a e 1b), positividade ao (TT) com valor de 25mm e (ADA) acima de 40U/I e, ausência de BK nas três amostras.

Diante do exame físico e dos exames laboratoriais, o paciente foi submetido à toracocentese com biópsia pleural, sendo retirados 250 ml de líquido de coloração amarelo citrino e coletada três amostras de tecido pleural parietal. Observou-se na análise do líquido pleural, desidrogenase láctica (DHL) acima de 200 U/L e leucometria de 2.161 leucócitos/mm³, havendo predomínio de linfócitos.

No exame anátomo patológico havia infiltrado linfocítico-granulomatoso com áreas de necrose de caseificação e células gigantes tipo Langhans, confirmando o diagnóstico. Diante destes resultados foi iniciado esquema terapêutico com (RIPE) rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol pelo período de dois meses.

No retorno ambulatorial, o paciente apresentava grande melhora clínica, sendo mantido o esquema terapêutico.



Figura 1. Radiografia de tórax revelando derrame pleural à esquerda, em uma menina de 10 anos de idade com tuberculose pleural. A) Incidência antero-posterior: velamento do seio costo-frênico esquerdo. B) Perfil: imagem de uma única cupula frênica com sobreposição da outra por provável derrame pleural.

DISCUSSÃO

Tb pleural é um diagnóstico que deve ser considerado em crianças não toxemiadas que apresentam derrames pleurais⁶. Os sinais e sintomas da tuberculose na infância são inespecíficos, o que dificulta a suspeição clínica e retarda o diagnóstico da doença.

Em resposta à dificuldade em diagnosticar a tuberculose, o Ministério da Saúde aprovou o uso de um sistema de pontuação para facilitar a identificação e o tratamento de possíveis casos^{7,8}.

Quando a pontuação for inferior a 30, a criança deverá continuar a ser investigada e considerada a possibilidade de se tratar de tuberculose latente. Nesse caso, deverá ser feito o diagnóstico diferencial com outras doenças pulmonares, e podem ser empregados métodos complementares de diagnóstico, como lavado gástrico, broncoscopia, escarro induzido, punções e métodos rápidos, quando pertinentes⁷.

Acima de 30 pontos, há o provável diagnóstico de tuberculose⁴. O diagnóstico em crianças, devido a sua característica paucibacilar, deve ser realizado - por meio de critérios epidemiológicos e clínico-radiológicos, baseando-se em quatro pilares: a clínica do paciente, o contágio com algum grupo de risco, a radiografia de tórax e o TT, estando presente três destes critérios pode-se confirmar o diagnóstico^{2,5}.

Adenosina deaminase (ADA), interferon-gama, análise do líquido pleural e biópsia pleural são as principais ferramentas para a confirmação

do diagnóstico. O TT pode fornecer provas da infecção tuberculosa⁶.

Nos últimos anos, a dosagem de ADA vem sendo uma alternativa para o diagnóstico de tuberculose pleural. Em diferentes estudos de diagnóstico de derrame pleural, a ADA demonstrou sensibilidade de 90% a 100% e especificidade de 89% a 100%, quando se utilizou valor de corte maior que 40 U/l⁹⁻¹¹. Por outro lado, o rendimento da baciloscopia direta do líquido pleural é próximo de zero^{11,12}.

Na citologia a contagem de células nucleadas geralmente demonstra 1.000 a 6.000 células/mm³, com predomínio de linfócitos em 60% a 90% dos casos nas fases subaguda e crônica da inflamação¹¹. A positividade da cultura em meio de Löwestein-Jensen varia de 10% a 35% para o líquido pleural e de 39% a 65% para o fragmento pleural obtido através de biópsia¹³.

O tratamento é feito com o esquema rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol por 2 meses e posteriormente somente rifampicina e isoniazida por mais 4 meses, totalizando seis meses de tratamento⁷. O prognóstico é bom, dependendo da forma clínica da doença e de seu diagnóstico precoce.

Agradecimentos

Agradecemos a reitoria de extensão e pesquisa da UNIVÁS pelo apoio na descrição do relato, à professora Márcia de Souza Camargo pela revisão ortográfica e à bibliotecária Lucilene Marques pela revisão bibliográfica.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization [homepage on the Internet]. Global tuberculosis report; 2012. Geneva: World Health Organization [cited 2013 Jan. 8]. Available from: <http://www.who.int/tb/publications/globalreport/en/index.html>.
2. Coelho-Filho JC, Caribé MA, Caldas SCC, Martins-Netto E. A tuberculose na infância e na adolescência é difícil de diagnosticar? *J Bras Pneumol*. 2011;37(3):288-93.
3. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores epidemiológicos: tuberculose: casos e taxa por 100.000 habitantes/ano. [cited 2013 Jan. 23]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>.
4. Sant'Anna CC. Diagnóstico da tuberculose na infância e na adolescência. *Pulmão (RJ)*. 2012;21(1):60-4.
5. Conde MB, coord., Melo FAF, ed.. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *J Bras Pneumol*. 2009;35(10):108-48.
6. Fischer GB, Andrade CF, Lima JB. Pleural tuberculosis in children. *Paediatr Respir Rev*. 2011;12(1):27-30.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [cited 2013 Jan. 23]. Available from: [www.http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf).
8. Sant'Anna CC, Orfaliais CTS, March MFPB, Conde MB. Evaluation of a proposed diagnostic score system for pulmonary tuberculosis in Brazilian children. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2006;10(4):463-5.
9. Neves DD, Preza PCA, Dias RM, Carvalho SRS, Chibante MAS, Silva Junior CT, Aidê MA. Comparative study between interferon-gama and adenosine deaminase in the diagnosis of pleural of efusion in a high prevalence area of tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;159(3Part 2):A555.
10. Villegas MV, Labrada LA, Saravia NG. Evaluation of polymerase chain reaction, adenosine deaminase, and interferon-gamma in pleural fluid for the diferencial diagnosis of pleural tuberculosis. *Chest*. 2000;118(5):1355-64.
11. Seiscento M, Conde MB, Dalcomo MMP. Tuberculose pleural. *J. Bras Pneumol*. 2006; 32(Supl.4): S174-S81.
12. Mishra OP, Yusuf S, Ali Z, Nath G. Lysozyme levels for the diagnosis of tuberculous effusions in children. *J Trop Pediatr*. 2000;46(5):296-300.
13. Valdes L, Alvarez D, San Jose E, Penela P, Valle JM, Garcia-Pazos JM et al. Tuberculous pleurisy: a study of 254 patients. *Arch Intern Med*. 1998;158(18):2017-21. Comment in: *Arch Intern Med*. 1998;158(18):1967-8.

