APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE TUBERCULOSE GANGLIONAR NO IDOSO: RELATO DE CASO

Beatriz Diniz Navarro¹; Suelen Nakahara de Gouveia Rodrigues¹; Thaís Cano Miranda de Nóbrega².

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário Cesumar – UNICESUMAR, Maringá – Paraná, Brasil; biadinizn@gmail.com;

²Orientadora e docente do Centro Universitário Cesumar – UNICESUMAR, Maringá – Paraná, Brasil;

Recebido em: 06/04/2018 – Aprovado em: 10/06/2018 – Publicado em: 20/06/2018
DOI: 10.18677/EnciBio_2018A96

RESUMO

A tuberculose ganglionar, uma forma de tuberculose extrapulmonar, cursa normalmente com febre insidiosa, linfadenopatia e emagrecimento. O caso retrata uma paciente de 84 anos previamente hígida e com funcionalidade preservada que revelou um quadro totalmente incomum para a enfermidade. Houve apresentação de síndrome demencial anterior aos sinais infecciosos, mascarando o diagnóstico. O relato enfatiza a necessidade da investigação de doenças orgânicas antes de concluir um diagnóstico puramente neuropsiquiátrico em idosos, dada a frequência de manifestações atípicas nesta população.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Tuberculose, Tuberculose extrapulmonar.

ATYPICAL PRESENTATION OF GANGLIONAR TUBERCULOSIS IN ELDERLY PATIENT: CASE REPORT

ABSTRACT

The lymphadenitis tuberculosis, a form of extrapulmonary tuberculosis, usually presents with insidious fever, lymphadenopathy and weight loss. The case reports on an 84-year-old patient previously healthy and preserved functionality that revealed a totally unusual framework for the disease. There was presentation of previous dementia to infectious signs which actually masked the diagnosis. Thus it is important to emphasize the need for research of organic diseases before completing a purely neuropsychiatric diagnosis only because it is individuals in the aging process.

KEYWORDS: Aged; Tuberculosis, Extrapulmonary tuberculosis.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa que constitui um sério problema de saúde pública no mundo. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) cerca de um terço da população mundial encontra-se infectada pelo bacilo causador da enfermidade, o *Mycobacterium tuberculosis*, de forma latente (BRASIL, 2015). Estima-se que em 2014, 9,6 milhões de pessoas apresentaram a forma ativa da doença e 1,5 milhões morreram em consequência desta (OMS, 2016). A nível nacional o Brasil faz parte do grupo composto por 22 países que são responsáveis por 80% de todos os casos de tuberculose do mundo (BRASIL, 2015).

A tuberculose (TB) possui dois tipos de manifestação: a TB pulmonar e a TB extrapulmonar. O pulmão é o sítio predominante da infecção visto que o bacilo tem

maior predileção por este; essa preferência faz com que a forma pulmonar seja a mais relevante para a saúde pública mantendo assim o ciclo de transmissão da doença (VENTURA, 2015).

A TB extrapulmonar é uma manifestação de doença sistêmica podendo atingir vários órgãos e sistemas com quadro clínico variável (CAPONE et al., 2006). Corresponde a cerca de 21% de todos os casos de tuberculose e normalmente está associada à imunossupressão, sendo a AIDS a principal enfermidade relacionada. Os dois sítios mais acometidos são a pleura e os gânglios (GOMES, 2013).

A TB ganglionar ocorre devido progressão de focos bacilares, sendo esta responsável por grande parte dos casos em adultos (LOPES et al., 2006). Habitualmente cursa com febre de início insidioso, emagrecimento e linfadenopatia localizada com gânglios geralmente indolores, firmes e sem calor local, que podem confluir e fistulizar (CAPONE et al., 2006). Entretanto, a doença pode manifestar-se de maneira atípica, principalmente na população idosa, fato que dificulta o diagnóstico e evidencia a importância deste relato.

Esse relato teve como objetivo descrever manifestações atípicas de sinais e sintomas da tuberculose ganglionar em uma idosa com o intuito de alertar os profissionais da saúde, em especial os que trabalham na área da geriatria, para que seja pesquisado e realizado o diagnóstico precocemente, evitando, assim, possíveis complicações de um diagnóstico tardio e até mesmo sua negligência.

CASO CLÍNICO

JRM, mulher, 84 anos, procedente do Paraná, previamente hígida e funcional, encaminhada para geriatria por suspeita de síndrome demencial. Apresentou quadro de perda de memória para fatos recentes, associada a perda da iniciativa, com inapetência, apatia, anedonia e emagrecimento de 10 kg em três meses de evolução. No último mês evoluiu com confusão mental e discurso descontextualizado, dificuldade para reconhecer pessoas próximas, irritabilidade, dependência total para atividades instrumentais e dependência parcial básica de vida diária.

Ao exame físico mostrou paciente emagrecida, com pequenos linfonodos palpáveis em cadeia cervical anterior à direita, fibroelásticos, sem outras alterações dignas de nota. Foram solicitados os seguintes exames laboratoriais gerais seguindo o protocolo para síndromes demenciais:

QUADRO 1 – Exames solicitados para correlação clínica:

Hemoglobina	8,8g/dL	Ácido fólico	6,74ng/mL
VCM	79 fL	Vitamina B12	192pg/mL
Reticulócitos	0,8%	Cálcio ionizado	4,81mmol/L
Leucócitos	8490/mm ³	Creatinina	0,73 mg/dL
Plaquetas	413.000/mm ³	Ureia	26 mg/dL
VHS	87 mm/h	TGO	19 U/L
PCR	76,2 mg/dL	LDH	389,3 U/L
Ferro sérico	20µg/dL	TSH	0,47mcg/dL
Ferritina	>1500ng/mL	TGP	5 U/L
Fosfatase Alcalina	67 U/L	VDRL	Negativo
		Urina	Normal

A tomografia de crânio demonstrou atrofia cortical esperada para a idade. Diante do novo cenário de anemia associado a elevação de provas inflamatórias, a investigação foi aprofundada com tomografia de tórax (normal), PPD (negativo) e tomografia de abdome (figura 1) que mostrou linfonodomegalias difusas intrabdominais com centro necrótico.

A paciente evoluiu com febre, foi então internada e submetida a análise de líquido que mostrou-se normal. Diante deste quadro as hipóteses diagnósticas foram tuberculose ganglionar, doença linfoproliferativa ou paracoccidiodomicose. Procedeu-se à biopsia de linfonodo cervical, cujo anatomopatológico apontou linfonodite crônica granulomatosa consistente com tuberculose (figura 2).

O tratamento foi utilizado conforme protocolo por dois meses com rifampicina, isoniazida, etambutol e pirazinamida e por mais oito meses com isoniazida e rifampicina, até que houvesse normalização das provas inflamatórias e linfonodomegalia. A febre cessou, recuperou o peso, houve melhora expressiva na cognição e humor e a paciente retomou suas atividades de vida diária de forma independente.

FIGURA 1: imagem de tomografia de abdome mostrando linfonodomegalia intraperitoneal com centro necrótico. Fonte: autoral.

FIGURA 2: Anatomopatológico de linfonodo mostrando necrose caseosa e infiltrado inflamatório. Fonte: autoral.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A TB ganglionar é uma forma de TB extrapulmonar e ocorre devido progressão de focos bacilares. Embora possa acometer qualquer cadeia linfonodal (LOPES et al., 2006), frequentemente envolve as cervicais e supraclaviculares e mais raramente, axilares e inguinais. As cadeias acometidas são predominantemente unilaterais. Pacientes HIV negativos costumam ter linfadenite cervical isolada, enquanto o envolvimento multifocal costuma ser mais observado no paciente soropositivo para HIV (LIMA, 2011). A doença pode manifestar-se ainda na forma abdominal, acometendo cadeias linfonodais mesentéricas e peripancreáticas mais comumente (CAPONE et al., 2006). No caso supracitado a paciente apresentou uma linfadenopatia disseminada intrabdominal com inúmeros linfonodos coalescentes, característica de pessoas com imunossupressão grave como ocorre em indivíduos HIV positivo, o que não se confirmou nesta.

O quadro clínico da Tb ganglionar costuma ser de início insidioso com febre, emagrecimento e aumento progressivo dos linfonodos (CAPONE et al., 2006), porém, a paciente apresentou perda cognitiva e funcional não acompanhada dos sintomas clássicos da infecção, levando à hipótese inicial de síndrome demencial. Somente decorridos três meses dos primeiros sintomas, a paciente apresentou febre que, associada à perda cognitiva, fez-se suspeitar de alguma doença orgânica de origem infecciosa acometendo o sistema nervoso central. Este também foi descartado após punção líquórica cujo resultado veio sem alterações.

No exame físico, à palpação, os gânglios geralmente são indolores, firmes e sem calor local associado, mas podem, com a progressão da doença, apresentar-se de modo confluyente e com características de uma reação inflamatória regional, e quando não tratados adequadamente podem fistulizar (GOMES, 2013); como nesta paciente os linfonodos atingidos foram os intrabdominais não foi possível a identificação pelo exame físico. Os linfonodos cervicais palpados inicialmente tinham característica fibroelástica, típica de linfonodomegalia reacional.

O diagnóstico geralmente é estabelecido pelo anatomopatológico da biópsia

excisional do linfonodo (NENO et al., 2014). A lesão apresenta-se como um granuloma com necrose caseosa e infiltrado histocitário de células multinucleadas. A visualização do bacilo na lesão é importante para o diagnóstico (FILHO et al., 2004), mas não fundamental, uma vez que pode ocorrer em pacientes que fizeram uso de antibioticoterapia por outras indicações. Na paciente em questão a biópsia de linfonodo cervical apontou linfonodite crônica granulomatosa sem, todavia, ser possível a observação do agente.

Algumas outras etiologias infecciosas podem ser confundidas com a TB ganglionar e devem ser valorizadas no diagnóstico diferencial, como a sarcoidose, a paracoccidiodomicose e doenças linfoproliferativas, principalmente quando intratorácicas (CAPONE et al., 2006).

O tratamento precoce é essencial para diminuir morbimortalidade e quebrar o ciclo de transmissão da doença (LODDENKEMPER et al., 2015). Diretrizes atuais recomendam o mesmo regime de tratamento da TB pulmonar para a TB extrapulmonar (LODDENKEMPER et al., 2016), realizado através da quimioterapia tuberculostática, no esquema básico (2RIPE/4RI), composto por Rifampicina (150mg), Isoniazida (75mg), Pirazinamida (400mg) e Etambutol (275mg) usados nos primeiro dois meses, e Rifampicina (150mg) e Isoniazida (75mg) usados nos quatro meses seguintes, com duração total de seis meses, preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). A combinação dessas drogas leva à uma terapêutica ideal com ação bactericida, prevenção de resistência e esterilização da lesão (VENTURA, 2015).

Este tratamento foi utilizado na paciente, mas precisou ser estendido até que houvesse normalização dos valores de PCR e supressão dos linfonodos à TC abdominal. A paciente apresentou critérios de cura para a Tb ganglionar e houve reversão completa da perda cognitiva. Esta situação indica que os sinais observados inicialmente podem ser categorizados como síndrome demencial reversível, em decorrência de quadro infeccioso.

CONCLUSÃO

O caso relatado ressalta a importância de se afastar doenças orgânicas no idoso com perda cognitiva, especialmente se associado a outros achados de exame físico e alterações laboratoriais. Pacientes idosos tornam-se mais susceptíveis a infecções e o quadro clínico muitas vezes é oligossintomático ou incompleto devendo, portanto, ser analisado criteriosamente. Antes da categorização de síndromes neurodegenerativas na pessoa idosa, é importante a exclusão de todos os fatores que podem desencadear sintomas sugestivos de síndromes demenciais, a fim de otimizar o diagnóstico, reverter doenças curáveis e minimizar os danos.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde, **Boletim Epidemiológico**. 2015. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/27/2015-007---BE-Tuberculose---para-substitui---o-no-site.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. 2011. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/mat_tec/manuais/MS11_Manual_Recom.pdf>. Acesso em: 24 maio 2016.

CAPONE D, MOGAMI R, LOPES AJ, TESSAROLLO B, CUNHA DL, CAPONE RB, et al. Tuberculose extrapulmonar. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, 2006; 5(2): 54-67. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=234

FILHO AC, KRITSKI AL, BARRETO AW, LEMOS ACM, NETTO AR, GUIMARÃES CA, et al. Diretrizes Brasileira para Tuberculose - **II Consenso Brasileiro de Tuberculose**. 2004;30(1): 04-53. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132004000700002>>. doi: 10.1590/S1806-37132004000700002

GOMES, T. **Tuberculose extrapulmonar: uma abordagem epidemiológica e molecular**. 2013. 117 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de pós-graduação em doenças infecciosas do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013. Disponível em: <http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_6376_Dissertação_-_Teresa-27maio.pdf>. Acesso em: 19 maio 2016

LIMA EP. **Estudo clínico, morfológico e imuno-histoquímico de série de casos de tuberculose pleural e ganglionar** [dissertação]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2011. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/3903/1/Dissertacao_EstudoClinicoMorfológico.pdf>

LODDENKEMPER R, Lipman M, Zumla A. Clinical Aspects of Adult Tuberculosis. **Cold Spring Harbor Perspective in Medicine**. 2015; 6(1): 1-26. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1101/cshperspect.a017848>>. doi: 10.1101/cshperspect.a017848

LODDENKEMPER R, LIPMAN M, ZUMLA A. Diagnosis and Treatment of Extrapulmonary Tuberculosis. **Cold Springer Harbor Perspective in Medicine** 2016;6:47-55. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4046/trd.2015.78.2.47>>. doi: 10.4046/trd.2015.78.2.47

LOPES AJ, CAPONE D, MOGAMI R, TESSAROLLO B, CUNHA DL, CAPONE RB, et al. Tuberculose extrapulmonar: aspectos clínicos e de imagem. Tuberculose extrapulmonar. **Revista Pulmão RJ**, Rio de Janeiro, 2006;15(4): 253-261. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Agnaldo_Lopes/publication/238080368_Tuberculose_extrapulmonar_aspectos_clinicos_e_de_imagem_Extrapulmonary_tuberculosis_clinics_and_image_aspects/links/0c96052b9d47c0603f000000/Tuberculose-extrapulmonar-aspectos-clinicos-e-de-imagem-Extrapulmonary-tuberculosis-clinics-and-image-aspects.pdf>

NENO M, ROCHA C, SARGENTO D, SILVA G. Tuberculose ganglionar: desafio diagnóstico. **Arquivos de Medicina**. 2014; 28(1): 02-04. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132014000100001&lng=pt&nrm=iso>.

OMS. **Tuberculosis**. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>>. Acesso em: 19 maio 2016.

VENTURA, P.J.S.. **Tuberculose no idoso**. 2015. 94 f. Artigo de Revisão - Curso de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015. Disponível em: < <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30707/1/Tese%20de%20Mestrado%20Final%20Paulo%20Ventura%20pdf%20-%20Tuberculose%20no%20Idoso.pdf>>