Transcrição da Videoaula

Curso: Manejo da coinfecção TB-HIV
Unidade: 2 - Manejo Clínico da Coinfecção TB-HIV
Atividade: 2.3 - Diagnóstico da tuberculose extrapulmonar em PVHA
Docente: Denise Arakaki-Sanchez

Apresentação (00:00 - 00:20 minutos)

[Profª Denise Arakaki]

A tuberculose em pessoas vivendo com HIV-aids, em geral, ocorre a partir da reativação de um foco latente e pode atingir qualquer órgão, entre eles os do sistema gastrointestinal, ósseo, renal e o sistema nervoso central.

Tuberculose no sistema nervoso central (00:21 – 02:13 minutos)

[Profª Denise Arakaki]

Pensando no acometimento do sistema nervoso central pela tuberculose, vamos observar que muitas vezes os sintomas não são muito característicos. Às vezes até, são bastante inespecíficos.

E podem ser: mal-estar, dor de cabeça intermitente, febre baixa ou ausente, dor de cabeça prolongada. Vômitos, confusão mental, irritação meníngea e sinais neurológicos localizados são em casos mais avançados.

Nem sempre os exames laboratoriais ajudam muito, mas quando encontrarmos anemia moderada e sódio plasmático baixo, podemos estar frente a um caso de tuberculose do sistema nervoso central.

O exame do líquido cefalorraquidiano é importantíssimo frente a suspeição de tuberculose meníngea. No exame de líquor, a gente vai observar um aumento da contagem de células brancas, principalmente os linfócitos, aumento da proteína e diminuição da glicose. Além disso, o líquor já pode ser usado em alguns exames baseados em biologia molecular, que têm alta sensibilidade para detectar a presença de *Mycobacterium tuberculosis* no líquido cefalorraquidiano.

A tomografia computadorizada ou a ressonância nuclear magnética podem indicar lesões circulares que correspondem aos tuberculomas, a inflamação das aracnóides, infartos cerebrais e até mesmo hidrocefalia.

Tuberculose osteoarticular (02:14 – 04:40 minutos)

[Profª Denise Arakaki]

Uma outra apresentação da tuberculose em pessoas vivendo com HIV-aids é a tuberculose osteoarticular.

Nos países de alta carga para tuberculose, como é o caso do Brasil, o que se observa é o acometimento ósseo em criança maiores e adultos jovens. Nos países que já têm pouca

tuberculose, a tuberculose óssea afeta principalmente os idosos.

Os sintomas mais comuns são, em geral, uma monoartrite progressiva. Isso quer dizer o seguinte, a pessoa refere dor em uma das articulações que vai apresentando cada vez mais sinais inflamatórios. Não há grandes sintomas sistêmicos, como febre, emagrecimento, sudorese noturna. É mais comum acometimento do joelho ou do quadril.

A história de trauma é comum. E alguns estudos mais recentes têm revelado a presença de sintomas sistêmicos, embora ainda no Brasil não sejam muito característicos.

Também é possível ter uma tenossinovite de mão, uma artrite da articulação do punho e a síndrome do túnel do carpo, como relacionados ao *Mycobacterium tuberculosis*. A dor articular é a mais precoce de todas e ela precede todos os outros sinais inflamatórios, como inchaço e vermelhidão.

Os exames de imagem vão mostrar um edema dos tecidos moles, próximo à área afetada, seguido de osteopenia, destruição periarticular, espessamento do periósteo e, eventualmente, a destruição da cartilagem e do osso. O que muda nas imagens radiológicas, nos exames radiológicos, é que a ressonância nuclear magnética pode mostrar essas lesões muito mais precocemente do que a radiografia simples da área afetada. Então, é um exame que quando disponível, deve ser solicitado.

Tuberculose vertebral (04:41 – 05:54 minutos)

[Profª Denise Arakaki]

Vale lembrar que a tuberculose óssea mais comum é aquela que acomete a coluna vertebral. Um terço dos casos de tuberculose óssea vão acometer as vértebras.

Nas vértebras, a área vertebral mais acometida é da região anterior e, com o passar do tempo, pode haver o acometimento do disco intervertebral e das vértebras adjacentes. A coluna torácica é a primeira a ser afetada e a segunda mais afetada é a coluna lombar.

De novo, a radiografia comum, a tomografia computadorizada ou a ressonância nuclear magnética vão mostrar as mesmas lesões, o que muda é a precocidade com que esses exames podem revelar a tuberculose vertebral. A gente vai observar nesses exames um acunhamento do corpo vertebral e destruição do disco subjacente.

Frente a essas lesões, podemos garantir que se trata de uma tuberculose vertebral.

Tuberculose gastrointestinal (05:55 – 07:00 minutos)

[Profª Denise Arakaki]

A tuberculose gastrointestinal é a tuberculose que afeta qualquer parte do trato gastrointestinal, desde da boca até o ânus.

A região ileocecal é a mais afetada e também é a que apresenta sintomas mais típicos. Ela causa dor abdominal, diarreia, pode levar à obstrução intestinal, hemorragia e, frequentemente, há uma massa palpável. Esses sintomas e os exames radiológicos e endoscópico, com muita frequência, levam a um diagnóstico errado de carcinoma.

Às vezes, com a colonoscopia ou alguma biópsia é possível ter o diagnóstico de tuberculose gastrointestinal, mas lembrando, o quadro clínico é muito confundido com carcinomas abdominais.

Tuberculose peritoneal (07:01 – 08:28 minutos)

[Profª Denise Arakaki]

A tuberculose peritoneal que, em geral, é consequência de outras tuberculoses, tuberculoses ganglionares, tuberculoses intestinais, tuberculose de trompas uterinas ou tuberculose miliar podem levar ao acometimento do peritônio.

É comum, nesse caso, ter associação da tuberculose pleural. Embora no Brasil a gente não utilize a prova tuberculínica como meio diagnóstico, ela é positiva em uma grande porcentagem dos casos de tuberculose peritoneal.

Os sintomas podem imitar um abdômen agudo. O paciente pode ter febre, emagrecimento progressivo e dor abdominal, de moderada a intensa.

O exame do liquido peritoneal revela um aumento de células. A cultura pode ser positiva em até 25% dos casos. Os exames baseados em biologia molecular não costumam ter alta sensibilidade e, no entanto, um exame bastante simples, que é a dosagem do ADA, pode ajudar bastante no diagnóstico da tuberculose peritoneal.

Tuberculose ganglionar (08:29 – 10:22 minutos)

[Profª Denise Arakaki]

A tuberculose ganglionar pode se desenvolver em qualquer gânglio do corpo, como gânglios axilares, inguinais e mesentéricos. Entretanto, em 90% das formas ganglionares, a tuberculose acomete a cadeia cervical, supraclavicular e submentoniana.

O acometimento da cadeia ganglionar pode ser uni ou bilateral. De modo geral, os gânglios são indolores e de consistência firme, mas quando apresentam necrose caseosa central podem ser mais macios e podem formar grandes massas ganglionares com tendência à fistulização.

Há pouco sinais ou sintomas sistêmicos e o paciente pode permanecer sem dor por semanas, meses e até anos, em alguns casos.

O diagnóstico da tuberculose ganglionar é feito por meio da punção aspirativa com agulha e confirma o diagnóstico em grande parte dos casos. Quando ele não define o quadro, podemos fazer uma biópsia ganglionar, com a retirada total do gânglio inteiro, para evitar a fistulização após o procedimento cirúrgico.

O material retirado deve ser encaminhado para a baciloscopia, cultura e exame histopatológico. Além disso, sempre que possível, vamos encaminhar o material também para as provas de biologia molecular, que podem agilizar o diagnóstico.

A prova tuberculínica, em geral, é positiva, mas tem pouco valor nos países onde há alta prevalência de tuberculose e vacinação maciça com o BCG, como é o caso do Brasil.

Tuberculose pleural (10:23 – 14:08 minutos)

[Profª Denise Arakaki]

Embora a tuberculose pleural possa ocorrer em qualquer faixa etária, ela é mais comum em adultos jovens, adolescentes e crianças.

O paciente pode ser assintomático ou sintomático. Quando tem sintomas, pode

apresentar tosse seca, febre e comprometimento do estado geral. Pode também referir dor torácica intensa e de aparecimento repentino, muitas vezes descrita como um a punhalada no peito.

Às vezes a dor torácica é progressiva e piora com a inspiração. Nesses casos de tuberculose pleural, a febre quase sempre vai estar presente. A tosse pode ser seca ou produtiva e a falta de ar vai depender da quantidade de líquido pleural e da velocidade de instalação dessa tuberculose.

A radiografia de tórax vai ser o exame que mais vai nos ajudar no diagnóstico e vai mostrar sinais de ocupação do espaço pleural, com borramento do seio costofrênico e opacidade ascendente das margens laterais do tórax. Em cerca de 50% dos casos, as lesões parenquimatosas também estarão presentes.

A toracocentese vai definir o diagnóstico da tuberculose pleural. Em geral, vamos encontrar um líquido pleural claro, serofibrinoso, de cor amarelo palha, com retículos de fibrina que são melhor visualizados quando agitamos o líquido pleural. Esse líquido, não raramente, está levemente sanguinolento.

A análise bioquímica do líquido pleural vai demonstrar um exsudato (isto é, mais que 3 gramas de proteína por decilitro) e a desidrogenase láctica vai ser superior a 250 unidades por ml. A dosagem do colesterol no líquido pode ser maior que 45 a 60 miligramas por decilitro. A glicose está ligeiramente inferior à da glicemia e o pH pode variar de 7,2 a 7,4. Também vamos observar um predomínio de linfócitos, entre 50 a 90%.

Vale a pena solicitar a dosagem da ADA do líquido pleural. Se for tuberculose, na maioria dos casos, o resultado será elevado, maior que 40 unidades por litro.

A baciloscopia do líquido pleural normalmente é negativa e a cultura pode ser positiva em 25 a 75% dos casos.

Outra coisa importante, é que na suspeita de tuberculose pleural, devemos sempre pedir os exames de escarro, pois uma boa parte dos exames de liquido pleural não permitem assegurar o diagnóstico de tuberculose pleural. Além disso, são comuns as formas mistas: tuberculose pulmonar e tuberculose pleural.

Se todos os exames que mencionei até agora não definirem o diagnóstico, mas ainda suspeitamos de tuberculose pleural, podemos lançar mão da biópsia. Nesse caso, os fragmentos da pleura deverão ser encaminhados para baciloscopias e cultura, além dos exames histopatológicos.

Tuberculose renal (14:09 – 15:36 minutos)

[Profª Denise Arakaki]

A tuberculose renal tem uma característica interessante, ela é assintomática na maioria dos casos.

A hipertensão arterial ou a alteração da função renal, em geral, estão ausentes porque a tuberculose renal costuma afetar somente um rim, sendo que o outro rim acaba compensando a função do rim afetado.

É comum observar aumento de células no exame de urina, mas a cultura, quando solicitada para *Mycobacterium*, será normal.

Então, o paciente com tuberculose renal pode persistir durante muitos anos apresentando uma alteração no seu exame de urina sem que seja feito o diagnóstico de

tuberculose renal.

A urocultura específica para micobactéria em três amostras, em geral, revela o diagnóstico entre 80% a 90% dos casos. E a urografia excretora é bastante útil nessa manifestação da tuberculose. Nas fases precoces, ela pode ser inespecífica, mas mais tarde, ela pode revelar uma necrose da papila renal, um estreitamento dos ureteres, hidronefrose, uma cavidade do parênquima renal e até uma autoexclusão renal.

Investigação de tuberculose pulmonar nos casos extrapulmonares (15:37 – 16:28 minutos)

[Profª Denise Arakaki]

Apesar de todas essas formas de tuberculose extrapulmonares necessitarem de exames específicos para o seu diagnóstico, não é raro ter o acometimento também do pulmão, mesmo que o órgão principal não seja o pulmão. Por isso, recomenda-se que se colete exame de escarro em todos os indivíduos com tuberculose extrapulmonar.

Em todas as formas extrapulmonares, vale a pena tentar a coleta de escarro, mesmo que o paciente apresente pouca tosse ou mencione a não expectoração, vale insistir nas orientações para que ele consiga coletar um bom escarro.

Agradecimentos (16:29 – 16:32 minutos)

[Profª Denise Arakaki]

Obrigada pela atenção e até a próxima aula.