

Tuberculose e gravidez

Carlos Alberto de Barros Franco¹

¹ Professor Adjunto da FM da UFRJ, Chefe do Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ, Diretor da Respiração - Clínica de Aparelho Respiratório do Rio de Janeiro.

Endereço para correspondência: Rua Sãocaba, 464, grupo 402, Botafogo, CEP 22271, Rio de Janeiro.

Pulmão - RJ - Vol. 1, Nº 2, 1991

Introdução

A influência da gravidez no prognóstico da tuberculose tem sido motivo de discussão desde a antiguidade¹. Hipócrates e Galim acreditavam que a gravidez teria efeito benéfico sobre a tuberculose.

Esse ponto de vista persistiu até o início do século 19. Em 1935 Ramadge recomendava que mulheres tuberculosas casassem e engravidassem. Ele acreditava que o aumento do útero/grávido funcionaria como uma co-lapsotomia.

Na segunda metade do século 19, um conceito diametralmente oposto surgiu. J. W. Williams² escrevendo sobre a tuberculose e gravidez afirmava: "É dever do médico induzir o aborto... sinto que não só é justificado, se não que é imperativo." Em 1930 sua opinião tornou-se menos radical: "Ainda que eu não seja um intervencionista radical, considero que a gravidez na mulher tuberculosa é infortúnio e, em consequência, recomendo sua prevenção pelo melhor método anticoncepcional possível."

Young (1936)³, citado no livro de obstetrícia de Greenhill⁴, dizia com relação à mulher com tuberculose: "Se virgem não se case, se casada não engravide, se grávida aborte, se mãe não armamente."

Após o surgimento do tratamento para tuberculose houve grandes modificações nas opiniões. Schaefer⁵ afirmou categoricamente que "os resultados do tratamento de tuberculosas grávidas ou não são equivalentes". Segundo Taylor⁶, a gravidez não é desencadeante específico de reativação da tuberculose.

Atualmente aceita-se que a gravidez, o parto, o puerpério e a lactação

não acrescentam qualquer risco à tuberculose pulmonar desde que o tratamento seja correto⁶.

Apresentamos esta revisão discorrendo sobre: influência da gravidez na tuberculose; influência da tuberculose na gravidez; influência da tuberculose no aleitamento e a avaliação dos tuberculostáticos mais frequentemente utilizados.

1) Influência da gravidez na tuberculose:

A primeira conclusão é que atualmente sabemos que a gravidez não agrava nem tampouco melhora a evolução da tuberculose. A tuberculose adequadamente tratada tem evolução idêntica à mulher tuberculosa não grávida.

O segundo aspecto importante é com relação ao PPD em mulheres grávidas. Houve época em que o PPD era feito no início da gravidez e caso fosse positivo era usada quimioprofilaxia com izoniazida, coisa que no momento não está indicada. Outro aspecto é a possibilidade do PPD ser negativo em mulheres tuberculosas em vista da gravidez. O estudo de Montgomery e de Presente^{7 e 8} não confirmaram tal afirmativa. Hoje é aceito que o teste tuberculínico tem o mesmo valor esteja a mulher grávida ou não⁹.

O terceiro aspecto a ser discutido é o conceito antigo de que mulheres com tuberculose pulmonar residual poderiam ter reativação da doença com a gravidez. O trabalho de Schwab e Dobstadt de 1966 citado por Snider¹¹ fez revisão da literatura e descreve sete trabalhos sugerindo maior risco de aparecimento de tuberculose em grávidas. Um desses trabalhos da Alemanha Oriental sugere um risco 1,5 vez maior de tuberculose em mulheres grávidas por reativação. Vários outros trabalhos^{4, 9} entretanto mostram risco de adoecimento idêntico em mulheres grávidas ou não. Atualmente não encontramos qualquer confirmação de que a gravidez possa aumentar o risco de reativação de doença curada.

O quarto aspecto a ser discutido é a possível indicação de aborto terapêutico em tuberculosas que engravidem ou em grávidas que se descobrem tuberculosas. Embora essa indicação existisse em trabalhos clássicos como o de J. W. Williams^{2, 10} publicados em 1917 e 1930 hoje em dia isso não é aceito. A tuberculosa que engravida deve seguir sua gravidez sendo submetida ao tratamento. A única indicação de abortamento a ser discutida seriam os casos em que a tuberculose levou a dano pulmonar extremamente grave, com severa insuficiência respiratória. Nesse caso a indicação de aborto não seria pela tuberculose e pela insuficiência respiratória grave⁶.

2. Influência da tuberculose na gravidez:

As primeiras dúvidas nessa relação são:

Deve ser permitido à mulher com tuberculose engravidar?

Embora já tenha sido comentado que a mulher grávida na qual se descobre tuberculose deve dar continuidade a sua gravidez, a mulher tuberculosa que vai iniciar ou está em curso de tratamento tuberculostático deve evitar a gravidez. Evidente que evitando a gravidez por alguns meses, ou mesmo até o término do tratamento, ela transcorrerá com mais tranqüilidade e segurança. Como método anticoncepcional a mulher deve usar outros que não o anticoncepcional oral caso esteja em uso de Rifampicina. Essa droga através de ativação da metabolização hepática ou por inativação direta do estrogênio pode diminuir a eficiência de anticoncepcional oral¹¹.

Deve ser permitido à mulher curada de tuberculose engravidar?

Durante muito tempo a mulher que teve tuberculose foi orientada a evitar a gravidez. Tal orientação devia-se ao receio de reativação da doença especialmente nos pós-parto e aleitamento¹¹. Tal fato era imputado a alterações hormonais, descida do diafragma após o parto, déficit nutricional durante o aleitamento e sono insuficiente.

te com os cuidados com a criança¹¹. Todos esses fatores perderam importância após o advento da quimioterapia antituberculosa. Com o tratamento antituberculoso adequado o risco de recidiva na mulher grávida é idêntico ao da população em geral¹².

Há modificações na rotina para diagnóstico de caso suspeito de tuberculose se a mulher estiver grávida?

A rotina diagnóstica é essencialmente a mesma. Mulheres grávidas com suspeita de tuberculose e que apresentem tosse com expectoração, devem inicialmente ser submetidas a 3 baciloscopias de escarro. Caso sejam negativas e a suspeita clínica persista devem ser submetidas a telerradiografia de tórax com proteção de abdômen através de avental revestido com chumbo. Lembramos que a dose teratogênica é de 5 rds na região uterina e a radiografia de tórax induz à dose de 5 mrd, portanto uma dose mil vezes menor do que a mínima teratogênica¹³. Outro aspecto é com relação ao PPD que alguns autores afirmavam que podia negatizar-se durante a gravidez¹⁴. Hoje em dia vários trabalhos demonstram que isso não ocorre^{7,8}.

Há modificações no esquema de tuberculostático?

O esquema tuberculostático deve ser o mesmo e a duração do tratamento também. No caso de formas resistentes não deve ser usada a etionamida pelo risco de teratogênese e usada com cuidado à estreptomomicina pelo risco de ototoxicidade fetal¹⁵.

Como deve ser feito o controle do tratamento?

Quando a paciente apresenta tosse com expectoração, o controle deve ser feito pela baciloscopia ou exame direto do escarro, mensalmente. Um tratamento correto determina uma rápida diminuição do número de bacilos nas lesões, o que se reflete por baciloscopias demonstrando um decrescente número de germes a cada mês, até sua completa negatificação. Por vezes, a paciente deixa de apresentar expectoração, o que deve ser interpretado como um fator positivo, equivalente a uma baciloscopia negativa, ou melhor.

Nos casos em que o diagnóstico foi essencialmente clínico-radiológico, o controle deverá ser clínico mensalmente e radiológico no 6º mês, ao término do tratamento.

Como deve ser o parto?

Trabalhos do passado, citados por Silva⁶ afirmavam que o parto sofria modificações nas mulheres tuberculosas.

Atualmente o parto da mulher com tuberculose curada ou em tratamento deve ser conduzido da mesma forma que um paciente comum¹⁵. Não há qualquer justificativa de parto cesáreo nesses casos⁴¹.

3) Influência da Tuberculose no Feto:

Os dois principais aspectos a serem discutidos são:

Qual o risco de tuberculose congênita?

A tuberculose congênita é extremamente rara. Os critérios para diagnosticar tuberculose congênita foram definidos por Beitzki em 1935, citados por Snider¹¹. O diagnóstico deve ser bacteriologicamente comprovado²², deve haver complexo primário no fígado³⁵, a doença deve aparecer dentro dos primeiros dias de vida extra-uterina⁴⁰ e a injeção extra-uterina deve ser afastada.

As três formas de infecção na tuberculose congênita são: (1) ingestão de líquido amniótico infectado, (2) aspiração fetal de líquido amniótico e (3) infecção hematogênica através do cordão umbilical.

Os sinais mais comuns no recém-nascido são: febre, infadenopatia, hepatosplenomegalia. O PDD é habitualmente negativo e o diagnóstico pode ser obtido por lavado gástrico, biópsia de fígado, aspirado de medula ou punção líquórica¹¹.

Quando o pulmão é acometido o aspecto é de tuberculose miliar. Quando essa complicação ocorre, a mãe tem geralmente tuberculose miliar com acometimento genital envolvendo o endométrio. Frequentemente esse diagnóstico não foi feito, sendo a mortalidade materna alta¹¹.

No caso de tuberculose miliar materna o acompanhamento do feto quanto ao diagnóstico deve ser cuidadoso e o tratamento do feto instituído caso esse diagnóstico seja feito. O tratamento precoce leva à cura da tuberculose congênita.

Qual o risco de efeitos teratogênicos e outros para efeitos para o feto?

- **Relacionado à tuberculose**
A tuberculose em si não tem nenhum efeito teratogênico.

- **Relacionado ao tratamento**
Dos medicamentos utilizados o

Etambutol, a Rifampicina, a Pirazinamida e a Isoniazida são seguros. Foi descrito um único caso por Mc Menz em 1976, citado por Silva¹¹, de uma gestante que estava sendo medicada com INH ao final da gravidez e o recém-nascido apresentou quadro convulsivo só revertido com uso de Piridoxina.

Com o uso da Estreptomomicina foram descritos casos de surdez e anormalidades vestibulares no feto¹⁶.

Com a Etonamida têm sido descritos efeitos teratogênicos sendo seu uso contra-indicado na gravidez¹¹.

4) Influência da tuberculose no Aleitamento:

As dúvidas mais frequentes são: **Há risco para a mãe que teve ou tem tuberculose em recair ou piorar da doença com o aleitamento?**

Ao contrário do que se pensou no passado o aleitamento não aumenta o risco de recaída ou dificulta a evolução da tuberculose corretamente tratada¹¹. O risco que pode haver no puerpério é a mãe em vista de seus múltiplos afazeres descuidar-se do tratamento¹³.

Há risco para o filho nascido de mãe tuberculosa ser amamentado?

Consideramos aqui algumas possibilidades:

a) Se a mãe já está em tratamento regular há mais de duas semanas a possibilidade de contágio é remota e portanto o filho deve ser amamentado normalmente. Deve receber a vacinação BCG após o nascimento. Alguns autores¹¹ chamavam atenção que a maior parte dos agentes antituberculosos são encontrados no leite materno e que os recém-natos ainda com sistemas de detoxicação pouco desenvolvidos poderiam ter mais efeitos colaterais das drogas. Sabe-se hoje em dia que somente uma fração dos tuberculostáticos concentra-se no leite materno. Por esse motivo a dose ingerida pelo recém-nato no leite materno é 20% do que ele deveria receber como dose terapêutica caso apresentasse tuberculose.

b) Se a mãe é francamente bacilífera sendo o diagnóstico feito no momento do parto o recém-nato deve ser isolado da mãe por aproximadamente 15 dias e vacinado com BCG.

c) Se a mãe tem o diagnóstico de tuberculose miliar o recém-nato deve ser pesquisado cuidadosamente para afastar o risco de tuberculose congênita. Caso não exista tuberculose con-

gênita diagnosticada o recém-nato deve ser submetido a quimioprofilaxia com INH e após seu término vacinado com BCG.

5) Tuberculostáticos mais frequentemente usados.

As suspeitas de possíveis complicações e sua confirmação estão descritas no quadro.

tuberculosis. *Obstet. Gynecol.* 46: 706-715, 1975.

5. Taylor, E. S.: *Obstetria de Beck*, 338, 1969.
6. Silva, L. C. C.: Tuberculose pulmonar e gestação. *Revista AMRIGS* 24: 39-45, 1980.
7. Montgomery, W. P.; Young, R. C. Jr.; Allen, M. P. and Harden, K. A.: *The*

10. Williams, J. W.: *Obstetrics*. D Appleton and Co. N. Y., Pg. 590, 1930.

11. Skolnick, J. L.; Stoler, B. S.; Katz, K. B. and Anderson W. H.: Rifampin, oral contraceptives and pregnancy. *Jama*, 236: 1382, 1976.
12. March, P. A.: Tuberculosis and pregnancy: five to ten year - review of 215 patients in their fertile age. *Chest*, 68: 800-804, 1975.
13. Bethlem, E. P.; Souza, G. R. M. e Bethlem, N.: Tuberculose e gravidez. *Arq. Bras. Med.* 62: 353-355, 1988.

14. Finn, R.; St. Hill, C. A.; Govan A. J.; Falls, I. G.; Gurney, F. J. and Denye, V.: Immunological responses in pregnancy and survival of fetal homograft. *Brit. Med. J.* 3: 150-152, 1972.

15. Leontic, E.: Respiratory disease in pregnancy (Symposium on pregnancy). *Med. Clin. N. Am.*, 61: 111-128, 1977.

16. Snider, D. E.; Layde, P. M.; Johnson, M. W. and Lyle, M. A.: Treatment of tuberculosis during pregnancy. *Am. Rev. Resp. Dis.*, 122: 65-79, 1980.

**Tuberculose e gravidez
Esquema tuberculostático**

	efeito colateral	Confirmação
Isoniazida	Teratogênese?	Não confirmado
Ethambutol	-	Sem paraefetos
Rifampicina	Malformação óssea?	Não confirmado
Pirazinamida	-	Sem paraefetos
Estreptomina	Altauditivas e vestibulares no feto	Confirmado
Etonamida	Teratogênese	Confirmada

Referências bibliográficas

1. Snider, D.: Pregnancy and tuberculosis. *Chest*, 86 (Supl): 105-135, 1984.
2. Williams, J. W.: *Obstetrics*. D Appleton and Co. N. Y., pág 401, 1917.
3. Young, J. Pulmonary tuberculosis and pregnancy. *Brit. Med. J.*, 2: 749-753, 1936.
4. Shaefer, G.: Pregnancy and pulmonary tuberculín test in pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 100: 829-831, 1968.
8. Present, P. A. and Cornstock, G. W.: Tuberculin sensitivity in pregnancy. *Am. Rev. Resp. Dis.* 112: 413-416, 1975.
9. Pridic, R. B. and Stradling, P.: Management of pulmonary tuberculosis during pregnancy. *Brit. Med. J.* 3: 78-79, 1961.

INTEGRAÇÃO SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO E SOCIEDADE FLUMINENSE DE TISIOLOGIA E PNEUMOLOGIA

A existência de duas Sociedades representativas da Pneumologia em nosso Estado é, ainda, um dos últimos sinais residuais do incompleto processo de fusão ocorrido há anos, entre o "Estado da Guanabara" e o "Estado do Rio de Janeiro".

Enquanto uma reunia os profissionais que militavam na chamada "Cidade Maravilhosa", a outra congregava os especialistas de Niterói e das regiões do interior do Estado, realizando, ambas, mas em separado, suas atividades, reuniões e eventos, com autonomia e até um certo isolamento.

Por gestões das atuais diretorias das duas associações está sendo realizado um trabalho de integração de forma co-participativa, séria e com os melhores propósitos, quais sejam o de promover o crescimento em unidade da Pneumologia de nosso Estado.

Diversas Jornadas, vários Encontros Regionais e inúmeras Reuniões têm ocorrido, com absoluta identidade e com resultados os mais satisfatórios, caracterizando uma INTEGRAÇÃO de fato, que - certamente - somente poderá trazer benefícios e vantagens aos especialistas e interessados nesta área do conhecimento médico.

Vale a pena conferir este processo de crescimento e harmonização das Sociedades, comparecendo aos eventos que estão, de uma forma muito feliz, acontecendo a todo momento, em diversas oportunidades, nos mais diferentes pontos do nosso Estado.