

Relato de Caso

Forma de apresentação atípica de tuberculose pulmonar.

Atypical presentation of pulmonary tuberculosis.

André de Freitas Melo Rocha¹, Carlos Dadalto Elias¹, Clara Aguiar Gomes¹,
Luiza Dário Werneck¹, Eduardo Brown¹, José Fernando Zanier².

RESUMO

A tuberculose é uma doença infecciosa milenar causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Os autores relatam uma forma de apresentação atípica da tuberculose pulmonar.

Descritores: tuberculose, *Mycobacterium tuberculosis*, pulmão.

ABSTRACT

Tuberculosis is an ancient infectious disease caused by *Mycobacterium tuberculosis*. The authors report an atypical presentation of pulmonary tuberculosis.

Keywords: tuberculosis, *Mycobacterium tuberculosis*, lung.

INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infecciosa milenar causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. É estimado que no ano de 2008, mais de 10 milhões de indivíduos desenvolveram a forma ativa pulmonar e mais de 2 milhões de óbitos ocorreram devido à doença.¹

RELATO DE CASO

Mulher, 28 anos, atendida em Unidade de Pronto Atendimento relatando tosse não produtiva, febre vespertina e emagrecimento não aferido há cerca de dois meses. Apresentava-se em bom estado geral, corada, hidratada, acianótica e afebril. Ausência de linfonodomegalias palpáveis. Aparelho respiratório, cardiovascular e abdome sem alterações.

Na admissão, os exames laboratoriais eram normais.

A radiografia de tórax e o escanograma demonstravam opacidade nodular mal definida no ápice do pulmão direito (Figura 1). Tomografia computadorizada do tórax: múltiplos nódulos de contornos

parcialmente definidos, de diversos tamanhos, com distribuição peribroncovascular principalmente nos segmentos apical e posterior do lobo superior direito (Figura 2).



Figura 1 – Escanograma demonstrando opacidade nodular mal definida no ápice do pulmão direito

1. Médico residente do Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

2. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Trabalho realizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Não há conflito de interesse.

Endereço para correspondência: André Melo Rocha. Serviço de Radiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Av. Boulevard 28 de setembro, 77, Térreo, Vila Isabel, CEP 20551-031, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Tel: (21) 2587-6446.

Recebido em 17/08/2009 e aceito em 15/09/2009, após revisão.

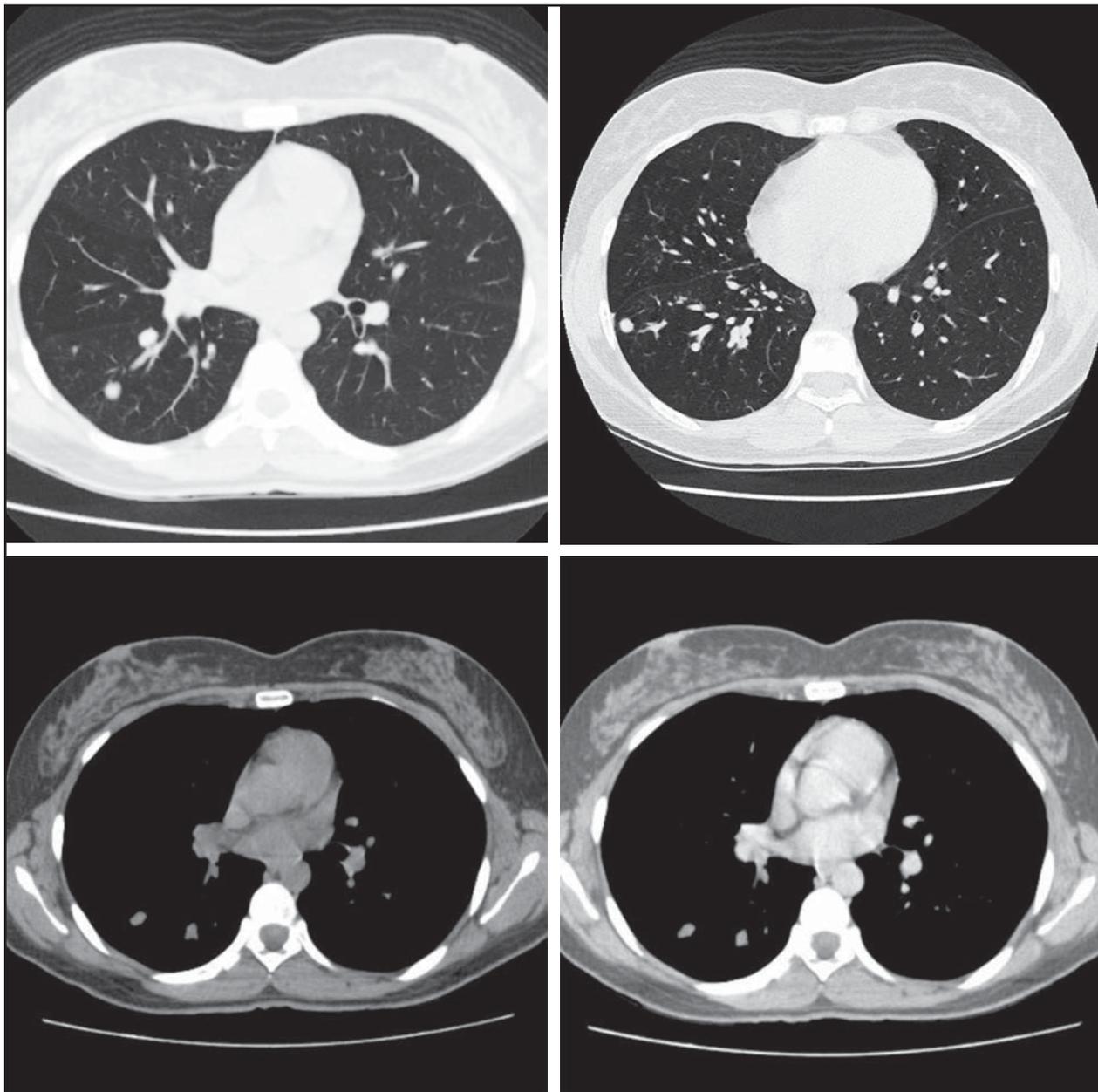


Figura 2 - Tomografia computadorizada do tórax com janela para pulmão (2A e 2B) e janela para mediastino (2C e 2D): múltiplos nódulos de contornos parcialmente definidos, de diversos tamanhos, com distribuição peribroncovascular principalmente nos segmentos apical e posterior do lobo superior direito.

Foi realizada baciloscopia do escarro, a qual foi positiva para *Mycobacterium tuberculosis*, tendo iniciado tratamento específico.

Após três meses de medicação, a paciente procurou atendimento no ambulatório de Pneumologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto relatando persistência dos sintomas. Surgiu a hipótese de metástases pulmonares devido às imagens nodulares. Investigação laboratorial e radiológica foi realizada em busca de sítio primário, porém sem achados confirmatórios para tal. Aventou-se a possibilidade de apresentação radiológica atípica da tuberculose e resistência ao esquema terapêutico.

Diagnóstico: tuberculomas como única forma de apresentação radiológica da tuberculose pulmonar.

DISCUSSÃO

Com relação à doença pulmonar, duas formas são reconhecidas clínica e radiograficamente: tuberculose primária e doença por reativação ou pós-primária.

A tuberculose primária manifesta-se radiograficamente como doença parenquimatosa, linfonodomegalia, derrame pleural, doença miliar ou atelectasia lobar ou segmentar.²

A forma pós-primária resulta da reativação de uma infecção primária latente em 90% dos casos; apenas em uma minoria, representa continuação de uma doença primária. Os achados, nos exames de imagem, incluem doença parenquimatosa com cavitações nos segmentos apical e posterior dos lobos superiores e

superior dos lobos inferiores, envolvimento brônquico, extensão pleural e outras complicações.

Em 5% dos pacientes com a forma pós-primária de tuberculose, a manifestação principal é o tuberculoma. Este é definido como uma lesão arredondada ou ovalada, de contornos bem delimitados, medindo de 0,5 a 4,0 cm de diâmetro.³ Histologicamente, a parte central do tuberculoma consiste de material caseoso com a periferia composta de material colágeno e tecido granulomatoso.

Tuberculomas ocorrem usualmente nos lobos superiores. Aproximadamente 80% são únicos e 20% múltiplos. Nódulos satélites histologicamente iguais ao foco maior da doença medem de 1 a 5 mm de diâmetro e estão presentes na maioria dos casos.⁴

Na tomografia de tórax, os tuberculomas possuem margem bem definida. Entretanto, fibrose relacionada aos vasos, parênquima pulmonar ou septos interlobu-

lares adjacentes ao nódulo podem resultar em uma margem espiculada.⁵ Calcificação está presente em 20 a 30% dos casos. Cavitação no interior do tuberculoma também pode ser visualizada.⁶ Com a infusão de contraste venoso, os tuberculomas apresentam-se, em sua maioria, captação periférica na TC devido ao tecido fibroso ou à cápsula de tecido granulomatoso inflamatório, enquanto a área central necrótica não capta o contraste.

No caso descrito, a paciente apresentava lesões nodulares múltiplas, principalmente nos lobos superiores, com discreta impregnação pelo meio de contraste venoso. Não foram observadas áreas de envolvimento brônquico ou cavitações, que são a forma mais comum de apresentação da forma pós-primária. Após investigação, a paciente reiniciou o tratamento para tuberculose com drogas específicas para resistência, com melhora clínica e radiológica após o tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Brant WE, Helms CA. Fundamentos da Radiologia – Diagnóstico por Imagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
2. Muller NL, Silva IS. Imaging of the Chest. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008.
3. Webb WR, Higgins CB. Thoracic Imaging – Pulmonary and Cardiovascular Radiology. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
4. Heitzman ER. The Lung Radiologic and Pathologic Correlations. New York: The C.V. Mosby Company, 1992.
5. Felson B. Chest Roengenology. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2006.
6. Doenças Infecciosas e Parasitárias. Aspectos clínicos, vigilância epidemiológica e medidas de controle. FUNASA, 2000.