

Artigo original**Tuberculose perinatal.**

Perinatal tuberculosis.

*Maria das Graças Rodrigues de Oliveira¹, Paulo Augusto Moreira Camargos².***RESUMO**

A tuberculose (TB) perinatal é a forma de TB do recém-nascido, adquirida durante a gravidez (TB congênita) ou no período neonatal.

É uma forma de TB de difícil diagnóstico, raramente citada na literatura. A forma de TB congênita tem alta letalidade e frequentemente é achado de autópsia. Os autores apresentam revisão não sistemática da literatura, focando publicações em inglês, cuja fonte principal foi a base Medline. Devido ao aumento da magnitude da co-infecção TB/HIV em mulheres na idade reprodutiva, em área pobres do mundo, a TB perinatal poderá ser um desafio no futuro.

Descritores: tuberculose, neonatologia, recém-nascido, criança.

ABSTRACT

Perinatal tuberculosis (PNTB) is the newborn's form of TB acquired during the pregnancy (congenital TB) or in the neonatal period. Its diagnosis is difficult diagnosis, rarely mentioned in the literature. PNTB has high lethality and generally is only found by autopsy.

The authors present non systematic revision of the literature, focusing publications in English, that main source was Medline basis. Due to the increase of the co-infection TB/HIV in women in the reproductive age in poor areas of the world PNTB could be a challenge in the future.

Keywords: tuberculosis , neonatology, newborn, child.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) perinatal é a forma de TB do recém-nascido, adquirida durante a gravidez (TB congênita) ou no período neonatal. Sua apresentação clínica é inespecífica, tanto em mulheres grávidas quanto nos recém-nascidos, o que dificulta muito o diagnóstico e retarda a instituição do tratamento. A TB congênita, embora descrita na literatura em número muito reduzido de casos, até os dias de hoje (300 a 400), tem alta letalidade (acima de 50%, mesmo com tratamento adequado), sendo muitos dos diagnósticos estabelecidos somente na autópsia.^{1,2} A TB perinatal poderá

apresentar um aumento de sua frequência nos próximos anos, devido à elevação dos casos da co-infecção TB/HIV em mulheres na idade reprodutiva, que vem ocorrendo em várias partes do mundo. É necessário, portanto, que médicos e demais profissionais de saúde estejam atentos a esta forma de apresentação da TB.

TRANSMISSÃO

A transmissão da TB perinatal pode ocorrer durante a gravidez, no parto ou no período neonatal. Durante a gravidez, por disseminação hematogênica a partir da TB materna; no parto, por aspiração ou in-

1. Pneumologista Pediátrica e Sanitarista da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Membro do Grupo de Pneumologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

2. Professor Titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina e Chefe da Unidade de Pneumologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Não há conflito de interesse..

Endereço para correspondência: Maria das Graças Rodrigues de Oliveira. Rua São Bartolomeu, 150/202, Bairro Nova Floresta, CEP 31140-290, Belo Horizonte, MG, Brasil.

gestão de líquido amniótico infectado ou secreções genitais e, mais raramente, a partir da TB genital (endometrite, cervicite).

No período pós-natal, o recém-nascido pode infectar-se pelo contato domiciliar direto com doentes com TB pulmonar bacilífera, sem tratamento ou com menos de duas semanas de duração de tratamento: mãe, outro membro da família ou, até mesmo, profissionais de saúde do berçário, onde permaneceu após o parto. Outra forma muito rara de transmissão ao recém-nascido é através do colostro e do leite materno, caso a mãe esteja com mastite tuberculosa.^{1,3,4,5}

QUADRO CLÍNICO

Na TB congênita, o parto prematuro ocorre em cerca de 50% dos casos. Tanto nesta forma, quanto naquela consequente à transmissão neonatal precoce, o quadro clínico do recém-nascido é semelhante, com sintomas e sinais inespecíficos, simulando infecções congênitas ou sepse bacteriana. Os pulmões e o fígado são os órgãos mais freqüentemente envolvidos, usualmente com um padrão miliar. De modo geral, as manifestações clínicas ocorrem entre a segunda e a quarta semanas de vida, mas podem estar presentes ao nascimento. São comuns febre, letargia ou irritabilidade, dificuldade respiratória, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, distensão abdominal, otorrêa e lesões dermatológicas. Menos freqüentemente, podem ocorrer anorexia, vômitos, diarréia com sangue, icterícia, convulsões, cianose, apnéia, pouco ganho de peso e ascite. Não são raras as manifestações hematológicas, como trombocitopenia e anemia, associadas a coagulação intravascular disseminada, esta com elevada mortalidade. A TB perinatal deve ser suspeitada se não houver resposta ao tratamento antimicrobiano de suposta sepse, ou se outras infecções forem excluídas por exames bacteriológicos, virológicos, etc.^{1,3,4,5,6,7,8}

DIAGNÓSTICO

História epidemiológica

A ocorrência de TB ativa na mulher grávida é um fator importante na suspeita da forma congênita do recém-nascido. Entretanto, até 75% das gestantes com a doença podem não apresentar sintomas antes do parto, o que dificulta o diagnóstico e retarda o tratamento de ambos.⁶

Exame da placenta

Nos recém-nascidos com forte suspeita de TB congênita, a placenta deverá ser enviada para estudo histopatológico e cultura para o *M. tuberculosis*.^{1,3,4,5,6,7}

Radiografia de tórax

A radiografia do tórax apresenta alterações em praticamente todos os casos, com infiltrado do tipo miliar (50% dos casos), adenomegalias mediastinais, hiperinsuflação, atelectasia ou consolidação lobar.^{1,3,5}

Ultra-sonografia (US)

A US abdominal pode ser usada para a detecção precoce das lesões e para a realização de biópsia guiada, com a finalidade de se retirar material para a confirmação bacteriológica e/ou histológica. As alterações podem variar desde pequenos focos hipocóicos múltiplos no fígado e baço, macronódulos, dilatação do trato biliar, até grandes áreas de baixa ecogenicidade, resultantes da coalescência de focos miliares.²

Teste tuberculínico (PPD)

Em 75 a 80% dos casos, o teste tuberculínico é não reator.^{1,3,5,6,7,8}

Histopatologia

Biópsias de fígado, medula óssea, linfonodos, ouvidos e, até mesmo, dos pulmões devem ser realizadas, quando procedimentos não invasivos não confirmarem o diagnóstico.^{1,3,5,6,9}

Cultura dos líquidos orgânicos e tecidos do recém-nascido

Os recém-nascidos com TB apresentam maior rendimento da baciloscopia direta e das culturas (positividade de 70 a 75%), pelo fato de apresentarem doença mais amplamente disseminada e rapidamente progressiva, com maior carga bacilar.

Deve ser realizada a cultura para o *M. tuberculosis* nos diferentes líquidos orgânicos, como lavado gástrico, lavado broncoalveolar ou aspirado traqueal (nos casos com ventilação mecânica), líquido, líquidos pleural e peritoneal, urina e secreção dos ouvidos, quando houver. Os fragmentos dos tecidos retirados para biópsia devem ser, também, submetidos à cultura para o bacilo de Koch.^{1,3,5,8}

Biologia Molecular

As técnicas de biologia molecular podem ser necessárias para a confirmação da etiologia, mas são ainda restritas a laboratórios de referência ou centros de pesquisa.

TRATAMENTO

O recém-nascido com TB perinatal deverá ser tratado com o Esquema básico preconizado pelas normas técnicas do Ministério da Saúde. Se houver concomitância entre meningoencefalite e qualquer outra forma de TB, deverá ser utilizado o Esquema próprio. Nestes casos, recomenda-se, também, o uso de corticosteróides sistêmicos, por um período de um a quatro meses a partir do início do tratamento, e a fisioterapia, que deverá ser iniciada o mais brevemente possível, para a prevenção de seqüelas motoras e sensitivas.¹⁰

O uso da piridoxina é recomendado por alguns autores, durante todo o período de tratamento, para reduzir o risco dos efeitos colaterais da isoniazida.¹

PROFILAXIA

A prevenção da TB perinatal é realizada pelo diagnóstico precoce e pelo tratamento da mulher grávida com TB ativa (para reduzir o risco de transmissão congênita) e dos adultos bacilíferos da residência da criança (para diminuir o risco de transmissão pós-natal).

No recém-nascido que for contato da mãe, ou de outra pessoa do domicílio, com TB pulmonar bacilífera, ainda sem tratamento, com tempo de tratamento inferior a duas semanas ou com baixa adesão ao mesmo, deve ser iniciada imediatamente a quimioprofilaxia pri-

mária, com isoniazida (10 mg/kg/dia, máximo de 300 mg/dia). No final do 3º mês, deverá ser realizado o teste tuberculínico, para se verificar a presença de infecção. Caso este seja reator, a quimioprofilaxia deverá ser mantida por seis meses. Em caso contrário, a mesma deve ser suspensa e a criança vacinada com BCG.^{1,10,11}

Não há contraindicações à amamentação, desde que a mãe não esteja com mastite tuberculosa. É recomendável, entretanto, se a mesma for bacilífera, que faça uso de máscara cirúrgica ao amamentar e cuidar da criança.^{3,11}

REFERÊNCIAS:

1. Morales-Aguirre JJ, Coria-Lorenzo JJ, Naime-Libien JE. Tuberculosis congénita: qué tanto conocemos realmente? *Bol Med Hosp Infant Mex*, 2001;58:134-42.
2. Grover SB, Taneja DK, Bhatia A, Chellani H. Sonographic diagnosis of congenital tuberculosis: an experience with four cases. *Abdom Imaging* 2000;25:622-26.
3. Omerod LP. Tuberculosis in pregnancy and the puerperium. *Thorax* 2001;56:494-99.
4. Cantwell MF, Shehab ZM, Costello AM, Sands L, Green WF, Ewing Jr EP, Valway SE, Onorato IM. Brief Report: Congenital Tuberculosis. *N Engl J Med* 1994;330:1051-4.
5. Scheinmann P, Refabert L, Delacourt C, Le Bourgeois M, Paupe J, de Blic J. Paediatric tuberculosis. *Eur Respir Mon* 1997;2:144-74.
6. Akinbami LJ, Selby DM, Slonim AD. Hepatosplenomegaly and pulmonary infiltrates in an infant. *J Pediatr* 2001;139(1):124-9.
7. Pillet P, Grill J, Rakotonirina G, Holvoet-Vermout L, Auregan G, Guyon P. Tuberculose néonatale: difficulté du diagnostic précoce. *Arch Pediatr* 1999;6:635-9.
8. Smith KC. Congenital tuberculosis: a rare manifestation of a common infection. *Curr Opinion Infect Dis* 2002;15:269-74.
9. Chou YH. Congenital tuberculosis proven by percutaneous liver biopsy: report of a case. *J. Perinat. Med* 2002;30:423-5.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose – Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2002.
11. Kritski AL, Conde MB, Souza GRM. Tuberculose na gestante. In: Tuberculose -do ambulatório à enfermaria. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 149-87.