

Tuberculose disseminada assintomática em paciente imunocompetente: Relato de caso.

Quezia de S. Monteiro¹; Ana Carina Serfaty²; Marcelo C. Santos³; Guilherme Augusto P. João⁴; Francisco B. de Magalhães⁵; Marcus Luiz B. Barros⁶

¹Residente de Infectologia da Fundação de Medicina Tropical – Doutor Heitor Vieira Dourado. Av. Pedro Teixeira, nº25 – Dom Pedro, Manaus-AM 69040-000. E-mail: gquezinha@iq.com.br

²Residente de Infectologia da Fundação de Medicina Tropical – Doutor Heitor Vieira Dourado. Av. Pedro Teixeira, nº25 – Dom Pedro, Manaus-AM 69040-000. ³Médico infectologista da Fundação de Medicina Tropical – Doutor Heitor Vieira Dourado. Av. Pedro Teixeira, nº25 – Dom Pedro, Manaus-AM 69040-000. ⁴ Médico infectologista da Fundação de Medicina Tropical – Doutor Heitor Vieira Dourado. Av. Pedro Teixeira, nº25 – Dom Pedro, Manaus-AM 69040-000. ⁵Médico infectologista mestrando da Fundação de Medicina Tropical – Doutor Heitor Vieira Dourado. Av. Pedro Teixeira, nº25 – Dom Pedro, Manaus-AM 69040-000. ⁶Médico infectologista da Fundação de Medicina Tropical – Doutor Heitor Vieira Dourado. Av. Pedro Teixeira, nº25 – Dom Pedro, Manaus-AM 69040-000.

A tuberculose é um importante problema de saúde pública mundial e a cada ano cerca de 90.000 casos da doença são notificados ao Ministério da Saúde. Menos de 2% da população é acometido pela forma disseminada, que é apresentação incomum em imunocompetentes e define-se como lesão pulmonar aliada a um ou mais focos extrapulmonares ou mais de dois focos extrapulmonares associados. Para que haja tuberculose disseminada é preciso que os bacilos superem as defesas respiratórias até os alvéolos e linfonodos, disseminando-se por via hematogênica. Condições predisponentes estão presentes em portadores de HIV, terapias imunossupressoras, desnutrição, etilismo, idade avançada e diabetes mellitus. De modo geral, caracteriza-se por febre prolongada, tosse e perda de peso. Este relato aborda um caso de tuberculose disseminada em homem, 22 anos, imunocompetente, natural e procedente de Manaus/AM, há 6 meses apresentando quadro de linfonodomegalia em região cervical que evoluiu com linfonodomegalia axilar e inguinal, bilateral, de aspecto pétreo, imóvel e indolor a palpação com ausência de sinais flogísticos locais, febre, tosse ou demais sintomas constitucionais. Paciente não tinha histórico de terapias imunossupressoras ou comorbidades e morava em área urbana. Nos primeiros exames cursou com sorologias, BAAR do escarro e aspirado cervical negativos e radiografia de tórax que evidenciou alteração em ápice esquerdo. TC de tórax mostrou múltiplos micronódulos centrolobulares, imagem de árvore em brotamento e cavitações. Posteriormente foi feito broncoscopia com biópsia pulmonar, lavado broncoalveolar e novo aspirado de secreção cervical que evidenciaram PCR positivo e presença de bacilos de Koch nas amostras. Iniciou COXIP e evoluiu com redução gradual das linfonodomegalias. Manteve-se assintomático durante todo período de evolução da doença. A tuberculose disseminada em imunocompetente com apresentação assintomática constitui forma clínica atípica, sendo incomum a sua ocorrência.

Palavras-chave: tuberculose disseminada, imunocompetente, linfonodomegalia