

Tuberculose ganglionar cervical: um relato de caso

Cervical ganglion tuberculosis: a case report

DOI:10.34119/bjhrv4n3-264

Recebimento dos originais: 05/05/2021

Aceitação para publicação: 01/06/2021

Camila de Sousa Wanderley

Médica- Residente de Medicina de Família e Comunidade

Faculdade de Medicina Nova Esperança

Endereço: Av. Frei Galvão, 12 - Gramame, João Pessoa - PB, 58067-698

E-mail: camilaa_wanderley@hotmail.com

Flávia Talita de Sousa Wanderley

Acadêmica de Medicina

Faculdade de Medicina Nova Esperança

Endereço: Av. Frei Galvão, 12 - Gramame, João Pessoa - PB, 58067-698

E-mail: flavia.wanderley@hotmail.com

Alice Almeida Braga

Acadêmica de Medicina

Faculdade de Medicina Nova Esperança

Endereço: Av. Frei Galvão, 12 - Gramame, João Pessoa - PB, 58067-698

E-mail: alicabraga20@gmail.com

Clélia de Alencar Xavier Mota-

Mestre e Doutora em Farmacologia

Faculdade de Medicina Nova Esperança

Endereço: Av. Frei Galvão, 12 - Gramame, João Pessoa - PB, 58067-698

E-mail: clelia.mota@hotmail.com

Matheus José de Lima Rique

Acadêmico de Veterinária

Faculdade de Medicina Nova Esperança

Endereço: Av. Frei Galvão, 12 - Gramame, João Pessoa - PB, 58067-698

E-mail: matheusrique22@gmail.com

Michael Jackson Xavier da Silva

Médico

Hospital Clementino Fraga.

Endereço: Av. Frei Galvão, 12 - Gramame, João Pessoa - PB, 58067-698

E-mail: michael.xavier88@gmail.com

Cibele Cerqueira Brito

Acadêmica de Medicina

Faculdade de Medicina Nova Esperança

Endereço: Av. Frei Galvão, 12 - Gramame, João Pessoa - PB, 58067-698

E-mail: bebelapaz03@gmail.com

Amanda Justino Costa

Acadêmica de Medicina

Faculdade de Medicina Nova Esperança

Endereço: Av. Frei Galvão, 12 - Gramame, João Pessoa - PB, 58067-698

E-mail: amandajustinocosta@gmail.com

RESUMO

A tuberculose (TB) é uma das doenças infecciosas documentadas que há mais tempo acompanha o Homem, causada por bactérias pertencentes ao complexo *Mycobacterium tuberculosis*. Segundo a Organização Mundial de Saúde, milhões de pessoas são infectadas pelo *M. tuberculosis* a cada ano e, nos países subdesenvolvidos, entre 30% e 60% dos adultos estão infectados, revelando-se ainda hoje um problema de saúde pública. A tuberculose ganglionar difere da tuberculose pulmonar. As manifestações clínicas são inúmeras, assim, o diagnóstico torna-se um desafio constante, dependendo principalmente da suspeição clínica. O diagnóstico é muitas vezes complexo e tardio, o que aumenta a sua morbi mortalidade. Este artigo relata um caso de tuberculose ganglionar, fornecendo uma revisão da literatura baseada na evidência científica acerca da epidemiologia, patogênese, infecção, manifestações clínicas, diagnóstico assim como o seu tratamento.

Palavras-chave: Tuberculose, tuberculose extrapulmonar, tuberculose ganglionar, *Mycobacterium tuberculosis*, caso clínico.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is one of the most documented infectious diseases that has been with humans for a long time, caused by bacteria belonging to the *Mycobacterium tuberculosis* complex. According to the World Health Organization, millions of people are infected with *M. tuberculosis* each year and, in underdeveloped countries, between 30% and 60% of adults are infected, which is still a public health problem. Ganglionic tuberculosis differs from pulmonary tuberculosis. The clinical manifestations are numerous, so the diagnosis becomes a constant challenge, depending mainly on the clinical suspicion. The diagnosis is often complex and late, which increases its morbidity and mortality. This article reports a case of ganglionic tuberculosis, providing a literature review based on scientific evidence about epidemiology, pathogenesis, infection, clinical manifestations, diagnosis as well as its treatment.

Keywords: Tuberculosis, extrapulmonary tuberculosis, lymph node tuberculosis, *Mycobacterium tuberculosis*, clinical case report.

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch. O bacilo tem como característica a propagação através do ar, por meio de gotículas expelidas por um doente com tuberculose (TB) pulmonar no ato de tossir, espirrar ou falar em voz alta. Essa enfermidade tem sua cadeia epidemiológica e tratamento ambos conhecidos há longo

tempo, porém persiste enquanto problema de saúde pública em muitos países (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Estima-se que em 2015 cerca de 10,4 milhões de pessoas desenvolveram tuberculose (TB), 580 mil na forma de TB multirresistente (TB MDR) ou TB resistente à rifampicina (TB RR), e 1,4 milhão morreram da doença. No entanto, foram reportados nesse mesmo ano cerca de 6,1 milhões de casos novos de TB (WHO, 2016).

O Brasil figura como um dos países prioritários para o enfrentamento da tuberculose e da coinfeção TB-HIV, de acordo com a OMS. Isso significa que o país está entre os 48 países prioritários para a abordagem da tuberculose, tanto por ser considerado um dos países com maior número de casos da doença no mundo, como também por ser um dos países com maior número de casos de TB-HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Segundo o DATASUS, em 2019 existem 82.663 casos da patologia com diagnósticos confirmados (DATASUS/SVS).

A doença esteve constantemente associada a condições de pobreza, o que a torna prioritária em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Todavia, esta assertiva não exclui a ocorrência de casos em países desenvolvidos, tendo em vista a alta incidência da coinfeção da Tuberculose com o HIV e outras doenças que debilitam o sistema imunológico (MINISTERIO DA SAÚDE, 2008).

Ela pode manifestar-se sob a forma pulmonar e extrapulmonar, desta forma, outros sinais e sintomas, além da tosse prolongada, podem ocorrer e devem ser valorizados na investigação diagnóstica individualizada (CONDE; FITERMAN; LIMA, 2011; SBPT; COMISSÃO DE TUBERCULOSE, 2009; TB CARE I, 2015).

Diante disto, o presente estudo tem como objetivo descrever um relato de caso de paciente acometido por tuberculose ganglionar cervical.

2 HIPÓTESE

Através da descrição de casos de TB, envolvendo os aspectos clínicos, de diagnóstico e a terapêutica, os novos casos serão mais facilmente identificados, portanto, reconhecidos pelos profissionais de saúde, favorecendo o diagnóstico e uma terapia eficiente e precoce, com conseqüente redução de sequelas entre os indivíduos em tratamento.

3 CASO CLÍNICO

G.M.S, feminino, 23 anos, balconista, compareceu em dezembro de 2018 a uma unidade de pronto atendimento com quadro de diarreia, vômito e mialgia. Ao exame físico, abdome indolor a palpação, afebril, corada e hidratada. No serviço foi realizado um hemograma, leucograma e provas bioquímicas, sem alterações e VHS de 30 mm. Diante do quadro a paciente recebeu o diagnóstico de virose sendo tratada com SF 0,9%, dipirona e nausedron sendo liberada.

Seguiu-se então um período sem queixas de aproximadamente três semanas, reaparecendo os sintomas de êmese com raios de sangue, diarréia, tontura, desmaios (lipotemina), dores na região cervical, referindo também, surgimento de tumefações cervicais dolorosas à esquerda.

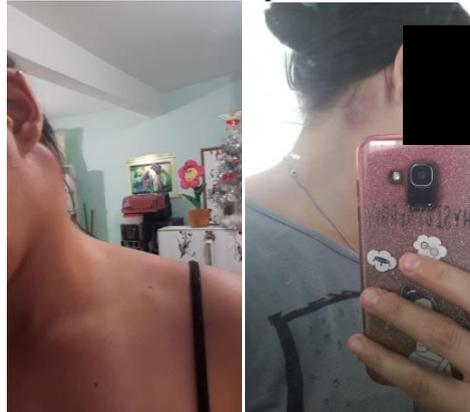
Diante dos sintomas a paciente procurou uma unidade básica de saúde em março de 2019 munida de laudo de tomografia realizada em 17 janeiro de 2019 a qual evidenciava “Multiplas linfonodomegalias que acometem as cadeias laterais do pescoço a esquerda, alguns com centro hipodenso medindo as maiores 13x9cm; em região posterior a glândula parótida esquerda e de difícil plano de clivagem, processo expansivo com captação heterogênea do meio de contraste medindo 44x22cm com cento hipodenso.

Diante do caso foi realizada a anamnese e exame físico. A mesma relatou piora dos sintomas iniciais, perda de peso de 7kg em uma semana e aumento crescente dos linfonodos na região cervical, tosse seca e fortes dores de cabeça. Negava, disfagia, dispneia, sudção noturna e queixas pulmonares. Negava antecedentes pessoais e familiares de Tuberculose Pulmonar (TP) ou possíveis contactos com pessoas doentes. Nega tabagismo, alcoolismo e uso de substâncias tóxicas.

Ao exame físico apresentava regular estado geral e afebril. A mesma possui cicatriz vacinal para BCG.

A palpação cervical identificou nódulos cervicais á esquerda em região V, dolorosos, hiperemiados, móveis de consistência firme com aproximadamente 6cm. (FIGURA 1)

FIGURA 1: adenopatia cervical



Diante do quadro foi solicitado exames laboratoriais sendo o hemograma e leucograma normais e PCR 9,3mg/l.

As sorologias para HIV 1 e 2, toxoplasmose, CMV, VDRL, Hepatite B e C, dando todas negativas, assim como a baciloscopia.

Rx de tórax não revelou alterações.

Já a prova tuberculínica deu 15mm. (FIGURA2)

FIGURA 2:Resultado PPD



A USG cervical do dia 13/05/2019 mostrava “ Aumento do número de linfonodos a esquerda, alguns mais hipoecoicos e com perda do hilo central, destacando-se ainda um com calcificação e outro com sinais de fistulização. Diante dos achados ecográficos as hipóteses de doença granulomatosa e linfoproliferativa devem ser consideradas”.

Perante o resultado dos exames a paciente foi encaminhada para um médico de cabeça e pescoço para realizar uma biópsia que foi realizada em 04/07/2019, cujo resultado do foi “processo inflamatório crônico incluindo células gigantes tipo corpo estranho em derme, achados inespecíficos. Não há estruturas de linfonodo na amostra”.

Diante dos exames e do quadro clínico, a terapêutica para tuberculose ganglionar foi instituída sendo o tratamento com rifampicina+isoniazida+pirazinamida+etambutol (4

comprimidos dia) por dois meses. Após esse período com o esquema inicial começa o de manutenção com rifampicina +isoniazida (4 comprimidos) por dois meses.

Ao fim de um mês de terapêutica verifica-se gradual melhoria clínica, sem regressão das adenopatias cervicais, sendo solicitado USG e a linfadenectomia cervical esquerda.

A USG realizada no dia 04/09/2019 revelou “ conglomerado linfonodal coalescente em nível IIa/IIB com perda do hilo central, medindo cerca de 2,8x1,6x2,7cm. Notam-se, também, alguns linfonodos atípicos, mais arredondados e hipocóicos que o habitual em cadeias cervicais IIA/III e VA, os maiores medindo 1,4x0,7cm e 1,1x0,5cm. Dentre as hipóteses diagnósticas considerar a possibilidade de doença inflamatória/infecciosa bacteriana ou ainda micobacteriana, constando no diagnóstico diferencial doença granulomatosa e linfoproliferativa.

Decidiu-se proceder com a linfadenectomia cervical II a esquerda para exame de histopatológico para exclusão definitiva da hipótese de linfoma que a primeira citologia tinha ficado inconclusiva. O resultado revelou “ Linfadenite granulomatosa necrosante não caseosa, as características morfológicas sugerem etiologia infecciosa, devendo-se considerar tuberculose ganglionar(apesar da ausência de caseificação)”.

Com isso o diagnóstico de Tb ganglionar foi confirmado e a paciente prosseguiu com a terapêutica anteriormente instituída, tendo ao fim do tratamento a cessação dos sintomas.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

AGENTE ETIOLÓGICO

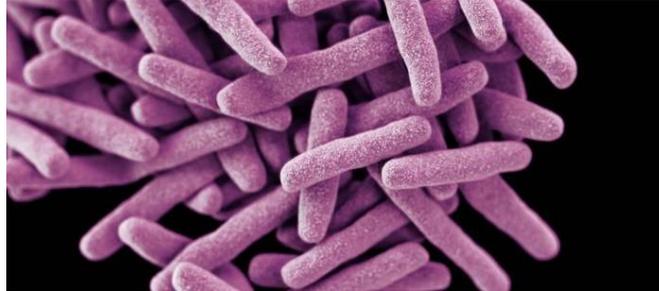
Os *Mycobacterium tuberculosis* são bacilos aeróbios estritos que não formam esporos e se diferenciam das demais bactérias por reterem fucsina básica na sua parede celular, mesmo na presença de álcool e ácido, por isso denominados de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR). (AMGH, 2014.)

Apresentam baixa diversidade genética e estrutura populacional clonal marcante. *M. tuberculosis sensu stricto* é composto por sete linhagens, incluindo quatro predominantes; 1 Indo-oceânica, 2 leste-asiática incluindo Pequim, 3 leste-Africo-Indiana, 4 Euro-Americana. (COLL et al., 2014).

Phelan et al. (2016) constata que linhagens modernas, como as cepas leste-asiática incluindo Pequime as Euro-Americana, exibem fenótipos mais virulentos em comparação com linhagens antigas, como a leste-Africo-Indiana. Embora algumas

diferenças genéticas entre linhagens tenham sido identificadas, os mecanismos moleculares responsáveis por diferenças na patogênese e virulência permanecem amplamente desconhecidos.

Figura 1: Representação do bacilo *M. tuberculosis*



Fonte: <https://www.barnstablecountyhealth.org/disease-agents/mycobacterium-tuberculosis>

TRANSMISSÃO

É a partir do indivíduo infectado com a forma pulmonar da tuberculose que a infecção tem origem. O potencial do bacilo de Koch ser transmitido é consequência do estado bacilífero, do índice, e da intensidade em termos de proximidade, tempo, continuidade da exposição com os contactantes somado ao contexto favorável do ambiente onde ele ocorre. O tempo estimado de exposição necessário para uma bem sucedida infecção seja entre 100 e 200 horas, a depender dos fatores acima citados.

O ato de falar, espirrar, e tossir - principalmente, lançam gotículas contaminadas no ar denominadas gotículas de Flugge. As mais densas se depositam rapidamente no ambiente, enquanto as menos densas permanecem suspensas no ar. Porém, apenas as gotículas desidratadas, com diâmetro de no máximo 5 micra, denominadas, comportando de 1 a 2 bacilos em suspensão, podem atingir os bronquíolos e alvéolos pulmonares, dando início ao processo infeccioso (KOZAKEVICH; DA SILVA, 2015).

TUBERCULOSE PULMONAR

A tuberculose (TB) é causada por um microrganismo chamado *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch (BAAR) que compromete principalmente os pulmões, podendo, entretanto, manifestar-se clinicamente de inúmeras maneiras e em diversos órgãos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR

Após entrar no organismo o *M. tuberculosis* tem o potencial de se disseminar e se instalar em diversos órgãos seja na primoinfecção quando a imunidade específica não

esteja desenvolvida ou em qualquer momento após primeiro contato, geralmente quando o hospedeiro está imunocomprometido. A tuberculose extrapulmonar se instala insidiosamente e tem evolução lenta (LOPES AJ, CAPONE D, MOGAMI R ET AL. 2006).

Das formas extrapulmonar, a tuberculose ganglionar cervical é sem dúvidas a mais comum de infecção. Por ter sintomas bastante parecido com outras patologias, leva muitas vezes a um diagnóstico falho ou tardio (NENO, MIGUEL, 2014).

A progressão dos focos bacilares ocasiona a tuberculose ganglionar, mesmo que qualquer cadeia linfonodal podendo está comprometida, ela se localiza na maioria dos casos na cadeia cervical anterior, com leve predominância do lado direito. Acomete geralmente um único lado e vários gânglios na mesma cadeia. A princípio, os gânglios possuem crescimento lento, são indolores e moveis. Só depois há um crescimento de volume onde tendem a coalescer e fistulizar (LOPES et al;2006).

Os sinais clínicos inconclusivos como febre e emagrecimento, dificulta o diagnóstico, que a tomografia computadorizada é uma forma importante para chegar ao diagnóstico. Com essa ferramenta é possível a avaliação concomitante do parênquima pulmonar e do abdome. Podendo também mostrar heterogeneidade da lesão linfonodalespecifica a uma quantidade pequena de doenças que incluem tuberculose (LOPES et al;2006).

O diagnóstico pode vim através de punção aspirativa, cerca de 10% a 25% positiva a baciloscopia do material e cerca de 50% a 85% dos casos a cultura. A biopsia do linfonodo costuma ser decisiva, podendo ser observado granuloma com necrose de caseificação entre 91% a 96% dos pacientes. Geralmente o teste tuberculino é um reator forte, com exceção de pacientes imunossuprimidos (LOPES et al;2006).

É importante observar que, no decorrer da terapia antituberculosa, os gânglios prejudicados podem aumentar de tamanho, ou ainda, pode desenvolver novas linfonodomegalias, que significa uma reposta do sistema imunológico à morte de microbactérias. Isso também pode ser observado em pacientes infectados pelo HIV, que resulta na reconstituição imunológica que acontece logo após o início do tratamento anti-retroviral (LOPES et al;2006)

DIAGNÓSTICO

A tuberculose pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas. A busca ativa de sintomático respiratório é uma importante estratégia para o controle da TB, uma vez que permite a detecção precoce das formas pulmonares. No entanto, o diagnóstico de TB é mais amplo do que a busca ativa e deve considerar os vários aspectos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Para o diagnóstico da tuberculose ganglionar é necessário a realização de uma combinação de exames, para que assim esse diagnóstico seja definitivo. Os exames complementares de diagnóstico como, pesquisa de *Bacilos Alcool-ácido Resistentes* (BAAR) na expectoração, RX de Tórax, Tomografia Computadorizada (TC) cervical, punção aspirativo com agulha fina para o exame citológico, exame histológico do gânglio acometido obtido por biópsia excisional e a resposta terapêutica contra o bacilo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

TRATAMENTO

No Brasil, o tratamento é sendo realizado com quatro drogas na fase de ataque, a qual dura dois meses, sendo elas: isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. Esse tratamento dura no mínimo seis meses, e é diretamente observado por um profissional de saúde, que acompanha desde o seu início até a cura do paciente, a fim de obter uma boa adesão por parte do mesmo (LIMA, 2017). Esse tratamento supervisionado diretamente observado (DOTS) é recomendado em todo o mundo, diminuindo assim as taxas de abandono, bem como a persistência de bacilíferos positivos na comunidade (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2013).

5 CONCLUSÃO

O relato de caso apresentado é de suma importância, pois a tuberculose ganglionar é uma doença muito frequente e se faz necessário realizar o diagnóstico diferencial de linfadenopatia cervicais. Podemos observar que o diagnóstico não é fácil, necessitando de inúmeros exames complementares, já que os exames realizados de forma isolada são na maioria das vezes inconclusivos.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose: cadernos de atenção básica.** 2ªed. Brasília; 2008

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil** - Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Controle de Tuberculose.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/41757-brasil-e-um-dos-paises-de-alta-carga-de-tb-com-melhores-indicadores-relacionados-a-incidencia-diz-oms>

BROOKS GF, et al. **Microbiologia médica de Jawetz, Melnick e Adelberg. 26ª edição.** Porto Alegre: AMGH, 2014.

COLL F, MCNEERNEY R, GUERRA-ASSUNSSÃO, GLYNN JR, PERDIGÃO J, VIVEIROS M, PORTUGAL I, PAIN A, MARTIN N, CLARCK TG. **A robust SNP barcode for typing Mycobacterium tuberculosis complex strains.** *Nat Commun.* 5,481, 2014.

CONDE, M.; FITERMAN, J.; LIMA, M. **Tuberculose.** Rio de Janeiro: GEN/Guanabara Koogan, 2011.

DATASUS. Ministério da Saúde. SVS.

GABRIEL VILLELA KOZAKEVICH; ROSEMERI MAURICI DA SILVA. **TUBERCULOSE: REVISÃO DE LITERATURA.** Florianópolis-SC, 2015.

JODY E. PHELAN, FRANCESC COLL, INDRABERGVALL, RICHARD M. ANTHONY, ROB WARRN, SAMANTHA L. SSAMPSON, NICOLLAS C. GEY VAN PITTIUS, JUDITH R. GLYNN, AMELIA C. CRAMPIN, ADRIANA ALVES, THEOLIS BARBOSA BESSA, SUASSUNA CAMPINO, KEERTHANDHEDA, LOUISGRANDJEAN, RUMINA HASAN, ZAHRAHASAN, AANABELA MIRANDA, DAVID MOORE, STEFAN PANAIOTOY, JOAO PERDIGAO, ISABEL PORTUGAL, PATRICIA SHEEN, erivelton de OLIVEIRA SOUSA, ELIZABETH M. STREINCHER, PAUL D. VAN HELDER, miguel viveiros, Martin L. HIBBERD, ARNABPAIN, RUTH MCNERNEY TAANE G. CLARK. **Recombination in pe/ppe genes contributes to genetic variation in Mycobacterium tuberculosis lineages.** *BMC Genomics* 17, 2016 ;151).

LIMA, CANDICE DE OLIVEIRA. **Análise associativa entre a incidência de tuberculose e variáveis climáticas na cidade de Campina Grande e João Pessoa-Paraíba.** 2017.

LOPES, Agnaldo José et al. **Tuberculose extrapulmonar: aspectos clínicos e de imagem, 2006.**

NENO, MIGUEL; ROCHA, CLAUDIA; SARGENTO, DORA e SILVA, GLÓRIA. **Tuberculose ganglionar: desafio diagnóstico.** *Arq Med* [online]. 2014, vol.28, n.1, pp.02-04. ISSN 2183-2447

Revista Baiana de Saúde Pública, v.37, n.3, p.661-671 jul./set. 2013

SBPT, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; Comissão de Tuberculose. **III Diretrizes para tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.** *Jornal Brasileiro de Pneumologia: Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia*, v. 35, n. 10, p. 1018–1048, 2009.

TB CARE I. International standards for tuberculosis care, Edition 3. *The Lancet infectious diseases*, 12 jul. 2015.

VeRONESI R, FOCACCIA R. **Tratado de Infectologia.** Quarta Edição. Rio de Janeiro: Atheneu; 2010.