

Tuberculose pleural na infância: relato de caso

Lauren Bueno Fernandes¹; Jéssica Taíse Hüller Goergen¹; Raíssa Ferreira Queiroz¹; Náataly da Silva Prietsch¹; Júlia Goin de Moraes¹; Lara Farias Monteiro¹; Nicolly Dal Agnol¹; Ana Luísa Poletto¹; Larissa Hallal Ribas²; Paula Trevisol Greque²

¹Acadêmico de Medicina - Universidade Católica de Pelotas

²Médica pediatra e docente - Universidade Católica de Pelotas

INTRODUÇÃO:

A tuberculose (TB) pleural é a infecção da pleura pelo bacilo de Koch. É causada por reação de hipersensibilidade tardia a micobactérias ou por ruptura de um foco subpleural de doença pulmonar. A incidência na infância abrange de lactentes a adolescentes e tem maior taxa de mortalidade em relação aos adultos.

DESCRIÇÃO DO CASO:

Menina, 7 anos, quadro clínico de febre (38-38,5°C) associada a dor abdominal e cefaleia. Negava sintomas respiratórios, porém tinha história de ingestão de corpo estranho. Foi solicitado RX de tórax evidenciando pneumonia e US de tórax, o qual mostrou derrame pleural à direita, sendo iniciado Ceftriaxone e Oxacilina. Pneumologista associa clínica com radiologia e suspeita de TB. Em TC de tórax, foi detectado derrame loculado, sendo realizada toracocentese diagnóstica e drenagem do tórax. Análise do líquido pleural apresentou proteína de 5,2, glicose reduzida e pleocitose com predomínio de mononucleados. Iniciado tratamento com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida (RHZ). A prova tuberculínica (PPD) foi de 16mm. Recebe alta da UTI em uso de RHZ, Ceftriaxone e Oxacilina com boa evolução clínica.

DISCUSSÃO:

TB pleural deve ser considerada em crianças não toxêmicas que apresentam derrames pleurais. A clínica da tuberculose na infância é inespecífica, dificultando a suspeita e protelando o diagnóstico. O Ministério da Saúde aprovou sistema de pontuação resumido a 4 pilares sendo que 3 já indicam diagnóstico: clínica do paciente, contágio com grupo de risco, RX de tórax e o Teste Tuberculínico. A análise do líquido pleural também pode ser usada para confirmar suspeita. Contagem de células nucleadas geralmente demonstra 1.000 a 6.000 células/mm³, com linfócitos em 60% a 90% dos casos nas fases subaguda e crônica da inflamação. O tratamento deve ser realizado com três drogas nos pacientes menores de 10 anos: rifampicina (R), isoniazida (H) e pirazinamida (Z), por um período de seis meses. R e H por seis meses associados a Z nos dois primeiros meses.

CONCLUSÃO:

Este relato tem objetivo de mostrar a importância de reconhecer essa doença. Os derrames parapneumônicos estão associados a infecções bacterianas típicas, mas também podem ser causados por vírus, fungos e tuberculose, como no caso. Além disso, é a segunda forma mais comum de tuberculose extrapulmonar, depois do envolvimento linfático. Destaca-se a importância da investigação e diagnóstico precoce para realizar tratamento adequado.

