

Tuberculose em pacientes pediátricos - como tem sido feito o diagnóstico?

Antonia Teresinha Tresoldi (PQ), Ana Paula Ghussn Cano (IC)

Resumo

A tuberculose infantil representa um grande desafio à saúde pública pela ausência de um padrão ouro de diagnóstico. Este estudo retrospectivo com análise de prontuários descreveu os aspectos clínicos, radiológicos, epidemiológicos e microbiológicos que foram relevantes para o diagnóstico de tuberculose infantil no HC UNICAMP nos últimos 14 anos.

Palavras Chave: Tuberculose infantil, diagnóstico, crianças.

Introdução

A tuberculose (TB) está entre as 10 principais causas de morte em crianças no mundo e, no Brasil, representa um grande desafio à saúde pública, sendo o país contado entre aqueles com alta carga de TB. Em crianças, a maior dificuldade relacionada à TB consiste no seu diagnóstico, uma vez que as técnicas diagnósticas classicamente usadas para adultos não se mostram tão eficientes para o diagnóstico em crianças, apresentando baixa sensibilidade e especificidade. Diante disso, o diagnóstico de TB em crianças depende, primariamente, de critérios clínicos e epidemiológicos, e o estudo desses critérios no Brasil mostra-se relevante não somente para o diagnóstico dos casos de TB infantil, mas também para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à prevenção da doença. Sendo assim, o presente projeto objetiva, através de estudo retrospectivo com avaliação de prontuários, descrever o quadro clínico e perfil epidemiológico e microbiológico de crianças e adolescentes de até 18 anos de idade diagnosticados com TB no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP) nos últimos 14 anos.

Resultados e Discussão

Foi identificado um total de 116 casos, dos quais 78 crianças (67,2%) pertencem à faixa etária de ≤ 10 anos, enquanto 38 (32,8%) são > 10 anos. A principal forma de doença foi a pulmonar (66%) e os principais dados de história clínica foram tosse (56%), febre (42,2%), perda de peso/baixo ganho ponderal (35,3%) e pneumonia de repetição (17,2%). Comparando-se o quadro clínico de crianças maiores e menores de 10 anos, obteve-se que as variáveis febre, perda de peso/baixo ganho ponderal, dor e inapetência foram significativamente influenciados pela idade, estando mais presentes em > 10 anos. Ao exame físico, as principais alterações encontradas foram

na ausculta pulmonar (35,3%); presença de linfonodos palpáveis (29,3%); mucosas descoradas (26,7%), taquicardia (20,7%); desnutrição (7,8%). Dos casos considerados, 54,3% tiveram o diagnóstico de tuberculose confirmado seja por cultura, pesquisa do BAAR, ou anátomo-patológico indicativo de TB. Os demais, (53 casos, 45,7%) tiveram seu diagnóstico realizado com base no quadro clínico, aspectos radiológicos, teste tuberculínico e história de contato com adulto tuberculoso, sem confirmação bacteriológica. A coinfeção com HIV esteve presente em 11,2%, e a história de contato com adulto tuberculoso foi confirmada em 44% dos casos, sem correlação com idade.

Conclusões

Os resultados apontam a complexidade do diagnóstico de TB e a necessidade de considerá-lo mesmo na ausência de confirmação bacteriológica. A presença de sintomas e a obtenção de confirmação foi mais presente nas crianças > 10 anos, porém o contato com adulto tuberculoso não mostrou correlação com a idade, mostrando que este é um dado a ser investigado em todas as faixas etárias. Ao exame físico, muitos achados são inespecíficos, porém, quando associados ao quadro clínico, radiológico e epidemiológico, fortalecem o diagnóstico e orientam a investigação. A coinfeção com HIV apresenta relevante participação dentre os casos, o que reforça a necessidade de investigação de HIV em pacientes diagnosticados com TB.

Agradecimentos

Esse projeto foi financiado por bolsa PIBIC em quota de agosto de 2014 a julho de 2015.

¹ Buonsenso D, et al. A Twenty-year Retrospective Study of Pediatric Tuberculosis in Two Tertiary Hospitals in Rome. *Pediatr Infect Dis J.* 2012;31: 1022-1026.

² Khan EA, Starke JR. Diagnosis of Tuberculosis in Children: Increased Need for Better Methods. *Emerg Infect Dis.* 1995; Oct-Dec; 1(4): 115-123.