

PE 080

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL

* ANÁLISE DOS PRINCIPAIS ASPECTOS
DIAGNÓSTICOS, CLÍNICOS E LABORA
TORIAIS, EM 50 CASOS DE CRIAN
ÇAS COM TUBERCULOSE PULMONAR

** MANOEL PEREIRA PINTO FILHO

** MARCOS VENICIO GARCIA JOAQUIM

* Trabalho realizado no Internato Hospitalar
(11ª Fase) do Curso de Graduação em Medicina.

** Doutorandos do Curso de Graduação em Medicina
da UFSC e estagiários do Hospital Nereu Ramos.

Florianópolis, novembro de 1981.

INDICE

(SUMÁRIO)

Página

I - RESUMO.....	3
II - INTRODUÇÃO.....	4
III - ^{MATERIAL} CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	6
IV - RESULTADOS.....	7
V - COMENTÁRIOS.....	17
VI - CONCLUSÕES.....	19
VII - ABSTRACT.....	20
VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

I - RESUMO

Os autores analisaram cinquenta casos de tuberculose pulmonar infantil diagnosticados no Hospital Nereu Ramos e Infantil Joana de Gusmão, no período compreendido entre janeiro de 1976 e novembro de 1981.

Os dados epidemiológicos compatíveis (62%), e a positividade do teste tuberculínico (54%), foram os principais elementos valorizados para o diagnóstico.

Os achados radiológicos mais frequentes foram os de consolidação pulmonar (37 casos), e adenomegalia hilar e/ou paratraqueal (23 casos), particularmente à direita.

Clinicamente salientaram-se tosse (36 casos), febre (27 casos), sudorese (13 casos) e emagrecimento (12 casos).

O agente etiológico foi identificado uma vez no lavado gástrico (3,1% dos exames realizados) e três vezes no escarro (5,3% dos realizados).

II - INTRODUÇÃO

A tuberculose na criança corresponde a primo infecção tuberculosa, complexo primário tuberculoso, ou tuberculose primária, embora raramente possa apresentar-se sob a forma de tuberculose tipo adulto ou de reinfeção. (8, 11, 13).

Tem-se notado diminuição da incidência e da mortalidade da tuberculose infantil principalmente em países desenvolvidos; no entanto, em países do terceiro mundo, ainda é um sério problema de saúde pública. (2, 5, 11, 15).

Os métodos diagnósticos disponíveis mais importantes são a anamnese (epidemiologia local) e a prova tuberculínica. (7, 11, 12, 14).

Os sinais e sintomas, a radiografia do tórax e o isolamento do BAAR no escarro e/ou no lavado gástrico ficam em segundo plano, embora eventualmente auxiliem no diagnóstico, ou mesmo o determinem. (11, 12, 14).

É importante ressaltar que o diagnóstico da tuberculose pulmonar na criança é presuntivo na maioria dos casos, pois a pesquisa do agente etiológico é quase sempre negativa. (11, 14).

Considerando que a criança raramente é bacilífera e que adquire a doença de um adulto com tuberculose pulmonar ativa, frequentemente caracteriza-se contato com portadores da doença. (7, 11, 12, 14).

A prova tuberculínica é a melhor arma para o diagnóstico da tuberculose primária (3, 11, 12, 14, 18), embora o teste com resultados negativos não exclua a possibilidade, principalmente em crianças desnutridas (em particular as de IIIº grau tipo Kwashiorkor), em portadores de doenças anergizantes e naqueles com depleção imunológica pelo uso de corticóides ou drogas imunossupressoras. (2, 6, 9, 11, 14).

Os sinais e sintomas clínicos encontrados tem pouco valor diagnóstico pois são quase sempre inespecíficos e comuns a outros processos infecciosos pulmonares. (7, 8, 11, 14).

Incide mais em crianças abaixo dos quatro anos de vida, não havendo predominância quanto ao sexo. É descrita maior susceptibilidade nos indivíduos da raça negra. (11, 14).

A imunização prévia com BCG, não influencia decididamente nos resultados dos testes à tuberculina, salvo naquelas crianças recentemente vacinadas. (10, 17).

Do ponto de vista radiológico a tuberculose na criança se manifesta por uma multiplicidade de aspectos, salientando-se o que traduz comprometimento ganglionar hilar e/ou paratraqueal, acompanhado ou não de lesões parenquimatosas, principalmente à direita. (1, 3, 4, 7, 11, 14).

A pesquisa do agente etiológico, pode ser realizada no escarro, e através da cultura em meios apropriados. Ambos os procedimentos são quase impraticáveis na criança menor devido a dificuldade em se conseguir aquele material. Busca-se então secreção de origem pulmonar no lavado gástrico. (7, 8, 11, 12, 13).

Considerando as dificuldades existentes na caracterização da tuberculose na criança, nos propomos mediante a análise de cinquenta casos a selecionar e discutir os critérios diagnósticos mais importantes que eventualmente sirvam para estabelecer uma rotina de investigação nos pacientes suspeitos.

III - CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram analisados cinquenta casos de crianças com tuberculose pulmonar, de janeiro de 1976 a novembro de 1981, tratados nos hospitais, Nereu Ramos e Infantil Joana de Gusmão. (Florianópolis, SC) .

Deu-se ênfase aos achados clínicos e laboratoriais mais relevantes para o diagnóstico da tuberculose pulmonar na criança.

Para a identificação foram colhidos: sexo, idade e raça. Os principais sinais e sintomas encontrados na anamnese também foram observados.

Levantou-se junto a história clínica a existência de contato com portadores de tuberculose pulmonar ativa (epidemiologia local), como também a possibilidade de ter havido vacinação prévia com BCG.

O teste de Mantoux foi analisado valendo-se da seguinte divisão: de 0 a 4 mm, de 5 a 9 mm e 10 e mais mm.

Juntou-se os aspectos radiográficos mais comuns utilizando os resultados dos Rx de tórax, PA e Perfil e tomografia. O estado nutricional foi estudado segundo Gomez.

A identificação do agente etiológico no lavado gástrico e no escarro foi analisada para constatar-se ou não a raridade positividade destes exames na criança.

Para este estudo utilizamos o seguinte protocolo; cujos dados foram obtidos junto aos prontuários hospitalares.

PROTOCOLO

Idade
Sexo
Raça
Estado nutricional
Principais sinais e sintomas
Vacinação prévia com BCG
Epidemiologia local
Alterações radiológicas
PPD
BAAR no lavado gástrico
BAAR no escarro

IV - RESULTADOS

Na sêrie de pacientes estudados estes foram os resultados encontrados em nosso protocolo.

A variação de idade foi de menos de um ano até onze anos, e a faixa etária mais acometida foi abaixo de três anos de idade, com um total de vinte e sete pacientes (54%). (Figura I).

Quanto ao sexo não houve predominância, sendo vinte e nove pacientes (58%) do sexo feminino e vinte e um pacientes (42%) do sexo masculino. Houve predomínio da raça branca, quarenta e cinco pacientes (90%) sobre a raça negra, cinco pacientes (10%). (Figura II).

Quanto ao estado nutricional constatou-se dezenove nutridos (38%), treze desnutridos do I grau (26%), quinze desnutridos do II grau (30%) e três desnutridos do III grau (6%), totalizando trinta e um desnutridos (62%). (Tabela I).

Em relação aos principais sinais e sintomas, os mais observados foram: tosse em trinta e seis casos (72%), febre em vinte e sete casos (54%), sudorese em treze casos (26%), emagrecimento em doze casos (24%), anorexia em nove casos (18%), astenia em seis casos (12%), vômitos e dispnéia em cinco casos (10%), dor torácica e hemoptise em quatro casos (8%), palidez cutâneo mucosa e calafrios em três casos (6%), rouquidão, diarreia e gemencia em dois casos (4%), coriza mucopurulenta, dor abdominal e cianose perioral todos com um caso (2%). (Tabela III).

Quanto a imunização prévia com vacina BCG encontramos quatorze casos (28%) vacinados, vinte e três casos (46%) não vacinados e este dado era desconhecido em treze casos (26%). (Figura III).

O contato prévio com portadores de tuberculose ativa foi comprovado em trinta e um pacientes (62%), este contato não existiu em doze pacientes (24%) e era desconhecido em sete casos (14%). (Tabela II).

As alterações radiológicas encontradas estavam assim distribuídas: consolidação pulmonar à direita em trinta e três casos (66%), adenomegalia hilar à direita em dezesseis casos (34%) consolidação pulmonar à esquerda em dezesseis casos (32%), adenomegalia paratraqueal à direita e escavação em sete casos (14%), calcificação nodular em quatro casos (8%), adenomegalia hilar à esquerda e derrame pleural à direita em três casos (6%), adenomegalia paratraqueal à es

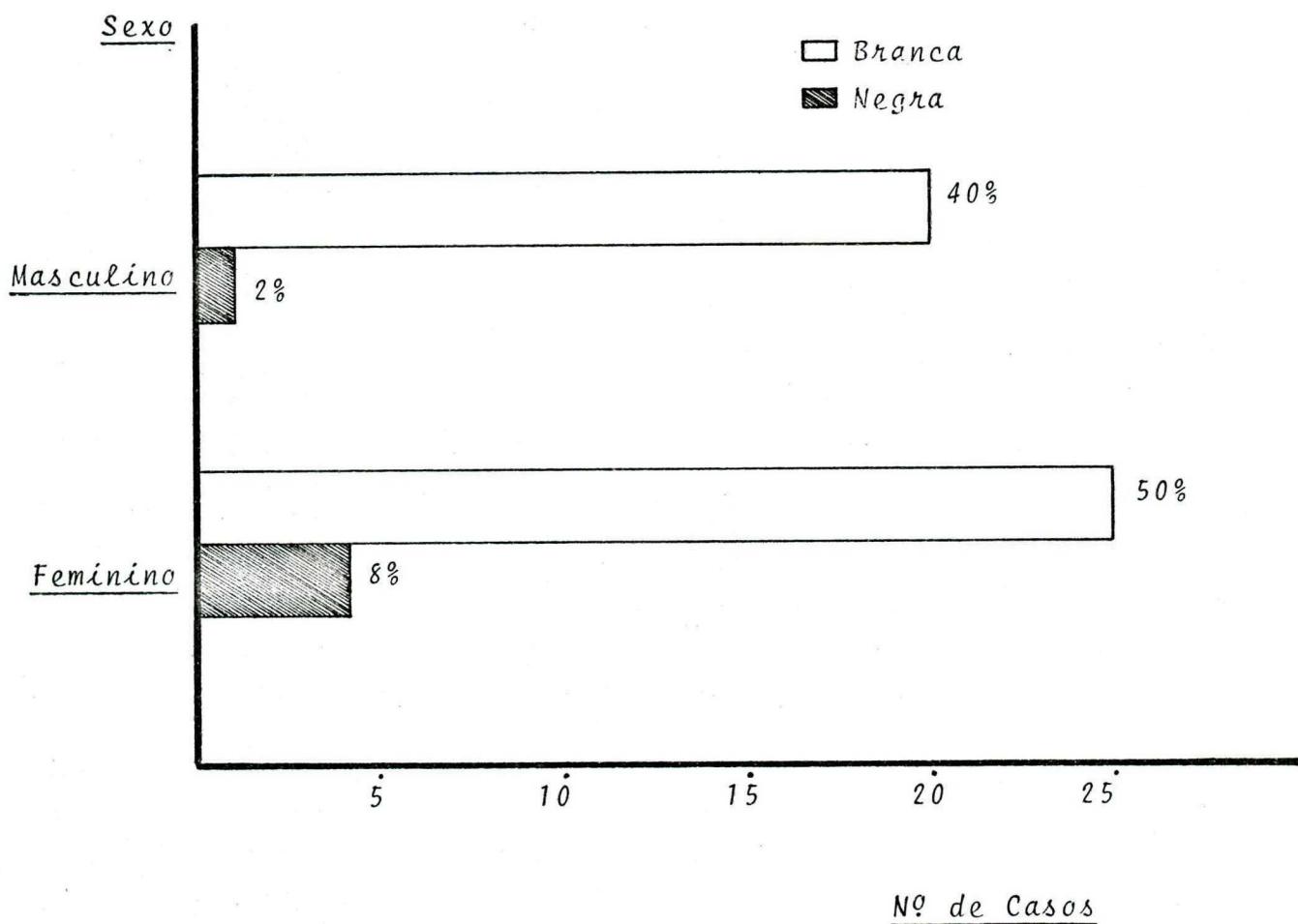
querda, derrame pleural à esquerda e atelectasia em dois casos (4%), infiltração parenquimatosa em um caso (2%). (Tabela IV).

Em relação a prova tuberculínica encontramos reação com resposta acima de dez mm. (inclusive) em vinte e sete pacientes (54%), reação até quatro mm. em dez casos (20%), entre cinco e nove mm. em seis casos (12%), e o teste não foi realizado em sete casos (14%). (Figura IV).

A pesquisa do BAAR no lavado gástrico foi positiva apenas em um dos realizados (3,1%), em trinta e um casos (62%) o resultado foi negativo. (Tabela V).

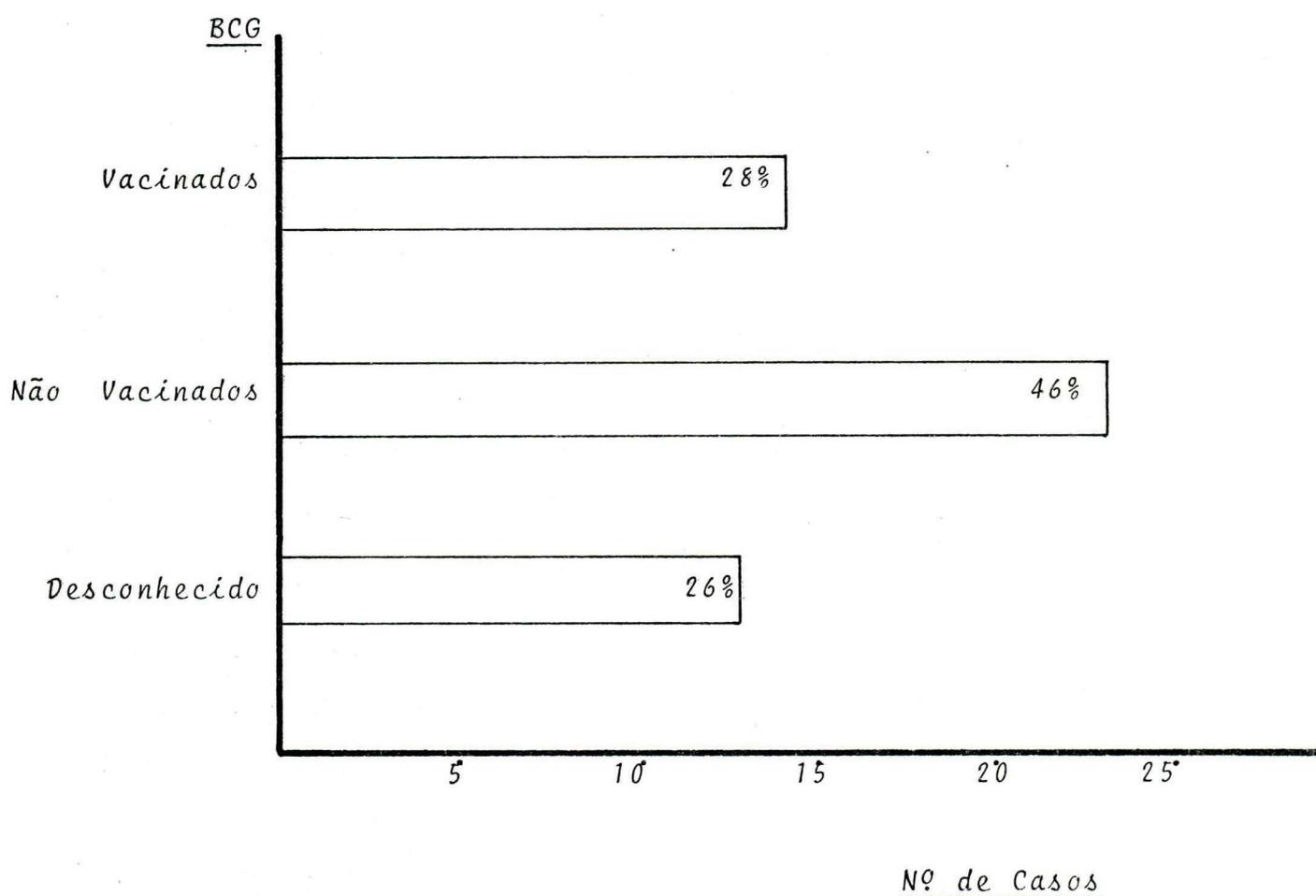
A pesquisa do BAAR no escarro foi positiva em três casos (6%), foi negativo em treze casos (26%) e não realizado em trinta e quatro casos (68%). (Tabela VI).

FIGURA - II
TUBERCULOSE PULMONAR NA CRIANÇA
DISTRIBUIÇÃO POR SEXO E RAÇA



TOTAL DE 50 CASOS
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO E NEREU RAMOS
(FLORIANÓPOLIS, SC - 1981)

FIGURA - III
TUBERCULOSE PULMONAR NA CRIANÇA
DISTRIBUIÇÃO QUANTO À VACINAÇÃO PRÉVIA COM BCG



TOTAL DE 50 CASOS
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO E NEREU RAMOS
(FLORIANÓPOLIS, SC - 1981).

TABELA - I

TUBERCULOSE PULMONAR

ANÁLISE DO ESTADO NUTRITIVO SEGUNDO GOMEZ.

ESTADO NUTRITIVO	Nº DE CASOS	%
Nutrido	19	28%
Desnutrido Iº Grau	13	16%
Desnutrido IIº Grau	15	30%
Desnutrido IIIº Grau	03	06%
TOTAL	50	100%

TOTAL DE 50 CASOS

HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO E NEREU RAMOS
(FLORIANÓPOLIS, SC - 1981).

TABELA - II

TUBERCULOSE PULMONAR NA CRIANÇA

DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO CONTATO PRÉVIO COM
PORTADORES DE TUBERCULOSE PULMONAR ATIVA.

CONTATO FAMILIAR	Nº DE CASOS	%
Sim -	31	62%
Não	12	24%
Desconhecido	07	14%
TOTAL	50	100%

TOTAL DE 50 CASOS

HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO E NEREU RAMOS
(FLORIANÓPOLIS, SC - 1981).

TABELA - IV

TUBERCULOSE PULMONAR NA CRIANÇA

FREQUÊNCIA DE ALTERAÇÕES RADIOLOGICAS

TIPO DE ALTERAÇÃO	Nº CASOS	% TOTAL
Consolidação Pulmonar Direita	33	66
Consolidação Pulmonar Esquerda	16	32
Adenomegalia Hilar Direita	17	34
Adenomegalia Hilar Esquerda	03	06
Adenomegalia Parotraqueal Direi ta	07	14
Adenomegalia Parotraqueal Es - querda	02	04
Escavação	07	14
Derrame Pleural Direito	03	06
Derrame Pleural Esquerdo	02	04
Calcificações Nodulares	04	08
Lesão Miliar	02	04
Atelectasia	02	04
Infiltração Parênquima	01	02

TOTAL DE 50 CASOS

HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO E NEREU RAMOS

(FLORIANÓPOLIS, SC - 1981).

TABELA - V

TUBERCULOSE PULMONAR NA CRIANÇA

ANÁLISE DA PESQUISA DA BAAR NO LAVADO GÁSTRICO

BAAR NO LAVADO GÁSTRICO	Nº DE CASOS	%
Positivo	01	2%
Negativo	31	62%
Não Realizado	18	36%
TOTAL	50	100%

TOTAL DE 50 CASOS

HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO E NEREU RAMOS
(FLORIANÓPOLIS, SC- 1981).

TABELA - VI

TUBERCULOSE PULMONAR NA CRIANÇA

ANÁLISE DA PESQUISA DO BAAR NO ESCARRO

BAAR NO ESCARRO	Nº DE CASOS	%
Positivo	03	06%
Negativo	13	26%
Não Realizado	34	68%
TOTAL	50	100%

TOTAL DE 50 CASOS

HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO E NEREU RAMOS
(FLORIANÓPOLIS, SC - 1981).

A identificação do agente etiológico e conseqüente diagnóstico definitivo frequentemente ocorre em uma pequena parcela de casos (7, 8, 11, 12, 13), segundo alguns autores, no lavado gástrico encontra-se em torno de 10% de positividade. (11, 16). Nos quarenta e três casos em que foi realizada a pesquisa do BAAR, apenas quatro foram positivos, destes um no lavado gástrico e três no escarro.

VI - CONCLUSÕES

- 1 - A história epidemiológica do paciente e a sua resposta ao teste tuberculino, são os elementos mais importantes na presunção do diagnóstico da tuberculose na criança.
- 2 - A pesquisa do agente etiológico no escarro e lavado gástrico foi negativa na maioria dos casos.
- 3 - No estudo radiológico destacaram-se a consolidação pulmonar, adenomegalia hilar e/ou paratraqueal, mais frequentes à direita.
- 4 - A maioria dos pacientes eram desnutridos e não tinham sido previamente vacinados com BCG.
- 5 - Os aspectos clínicos mais comuns foram: tosse, febre, sudorese e emagrecimento.
- 6 - A faixa etária mais acometida foi de zero a três anos.

VII - ABSTRACT

The authors have analysed 50 cases of Pulmonary Tuberculosis in children, diagnosed at the Hospital Nereu Ramos and Hospital Infantil Joana de Gusmão from January, 1.976 to November, 1.981.

The basic elements for diagnosis have been the compatible epidemiological (67%), and the positivity of the tuberculinic test.

The most frequent radiological findings have been the air all consolidation (37%) as well as hilar and/or paratracheal enlargement of the lymph nodes, mostly to the right.

The ethiological agent was identified once in the gastric aspiration and three times in the sputum.

10. PÁDUA DIAS, M.H., HAYASHI, A. Prova tuberculínica, BCG oral e infecção tuberculosa em crianças menores de 5 anos. Rev. Saúde Pública, 12 (4) : 443-54, Dez. 1.978
11. PÁDUA DIAS, M.H., ROZOV, T. Tuberculose. In: ALCANTARA, P., MARCONDES, E. Pediatria Básica. Ed. 6, São Paulo, Sarvier, 1978, Vol. I, Parte 9, p. 1.093-1.121, il.
12. PINTO, F.S. Problemas do Diagnóstico da Tuberculose na infância com ênfase especial ao PPD. J. Ped. 39 (9-10): 251-255, Set./Out., 1.974.
13. READ, S. Pulmonary Tuberculosis in children. In: SCARPELLI, E.M., AULD, P.A.M., GOLDMAN, H.S. Pulmonary Disease of the Fetus, Newborn and Child. Philadelphia, Lea & Febiger, 1.978, 13.p. 376-382, il.
14. ROUDAUT, M. et al. Tuberculosis in tropical Africa. Tuberculosis primary infection; some clinical aspects in tropical Africa. Med. Trop. 39 (2): 131-40, Mar./Apr. 1.978.
15. SANDINO, E. G. Program of tuberculosis control in Colombia. Bol. Ofic. Sanit. Panam. 86 (5): 398-405, May, 1.979.
16. SUCCI, R.C.M., Meningoencefalite Tuberculosa na infância. J. Bras. Med. 38 (1): 94-7, Jun., 1.980.
17. TENDAM, H.G. Does BCG vaccination protect the newborn and young infants ? Bull Who. 58 (1): 37-41, 1.980.

**TCC
UFSC
PE
0080**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0080

Autor: Pinto Filho, Manoe

Título: Análise dos principais aspectos



972802008

Ac. 253728

Ex.1 UFSC BSCCSM