Relato de caso

Papel do Médico de Família no diagnóstico precoce da tuberculose pulmonar

por Beatriz Soares[1], Ana Pinheiro Torres[1], Tânia Guimarães[2]

1. Médica interna de formação específica de MGF na USF Salvador Machado, ACeS Entre Douro e Vouga II – Aveiro Norte

2. Médica Pneumologista, Centro de Diagnóstico Pneumológico de Oliveira de Azeméis

RESUMO

Introdução: A incidência de tuberculose (TB) em Portugal tem vindo a diminuir de forma consistente. No entanto, nos casos detetados tem-se verificado um aumento do tempo entre o início da sintomatologia e o diagnóstico de TB, o que pode resultar em agravamento do estado clínico do doente e em transmissão a outros indivíduos. O objetivo deste artigo é alertar para o papel do Médico de Família no diagnóstico precoce da TB pulmonar, contribuindo para reduzir a sua morbimortalidade.

Descrição do caso: Jovem, 18 anos, género feminino, 11º ano de escolaridade. Antecedentes de rinite alérgica. História de episódios recorrentes de astenia e anorexia autolimitados.

Recorreu três vezes à USF, no intervalo de um mês e meio, por astenia e anorexia com dois meses de evolução, dispneia (de gravidade progressiva), tosse (que evoluiu de seca para produtiva) e, posteriormente, febre. Foi medicada com mometasona nasal, bilastina e montelucaste, com melhoria transitória e, posteriormente, com amoxicilina e ácido clavulânico.

Regressou 15 dias após instituição de antibioterapia, apresentando astenia, tosse produtiva, dispneia para pequenos esforços e febre. Pediu-se radiografia torácica, que revelou infiltrados biapicais com imagens cavitadas. Por suspeita de TB pulmonar, foi enviada ao Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), onde se confirmou o diagnóstico. Devido aos critérios de gravidade, foi internada para iniciar terapêutica. Após rastreio de contactos, 21 pessoas iniciaram tratamento para TB latente. A paciente está a cumprir o 12º mês de tratamento, com evolução favorável.

Comentário: Estima-se que o período de infeciosidade teve início sete meses antes da instituição de tratamento. O atraso no diagnóstico contribuiu para o agravamento clínico da doente e transmissão da infeção a 21 pessoas. O Médico de Família pode contribuir para o diagnóstico precoce da TB pulmonar. Perante sintomatologia compatível, deve suspeitar desta patologia e referenciar o paciente ao CDP.

Palavras-chave: tuberculose, diagnóstico, transmissão, morbilidade

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é a segunda causa de morte no mundo por um único agente infecioso, a seguir ao VIH.[1]

Segundo a DGS, o número de doentes com TB em Portugal tem vindo a diminuir de forma constante.[2] Recentemente registou-se o valor mais próximo de sempre do limiar da baixa incidência (21,1/100.000 habitantes).[2] Não obstante, este é um problema de saúde no nosso país, sobretudo em determinados grupos de risco, como pacientes a fazer tratamento imunossupressor, e em algumas áreas urbanas, como Lisboa e Porto, onde se registam valores de média incidência e a existência de estirpes multirresistentes.[2,3]

O diagnóstico precoce da TB e início atempado do tratamento é a estratégia mais adequada para prevenir a sua transmissão na comunidade e reduzir a sua morbimortalidade.[4,5] Verifica-se que o tempo entre o início de sintomas de TB e o seu diagnóstico tem vindo a aumentar ao longo dos anos, apesar de uma maior rapidez dos meios laboratoriais de diagnóstico.[2] O atraso na identificação da TB promove o agravamento do estado clínico da pessoa doente e a transmissão a outros indivíduos.

O objetivo deste artigo é alertar para o papel do Médico de Família no diagnóstico precoce da TB pulmonar, contribuindo, assim, para reduzir a sua morbimortalidade no doente e comunidade.

DESCRIÇÃO DO CASO

Jovem do género feminino, com 18 anos de idade, estudante no 11º ano. Pertence a uma família alargada (vive com os pais e uma avó), de classe social média de Graffar. Tem antecedentes pessoais de rinite alérgica. Apresenta registo de episódios recorrentes de astenia e anorexia autolimitados, coincidentes com acontecimentos de vida importantes, nos últimos seis anos. Tem o Plano Nacional de Vacinação atualizado, incluindo a vacina BCG. Não toma medicação habitualmente.

A jovem recorreu à Consulta Aberta por astenia e anorexia com dois meses de evolução, e, mais recentemente, dispneia para grandes esforços (prova de corrida na aula de educação física) autolimitada, sem pieira, associada a tosse seca, espirros e congestão nasal. Negava febre. Apresentava evolução ponderal positiva ao exame objetivo, de 42Kg quatro meses antes para 43,5 Kg na presente consulta. Apresentava apirexia, auscultação pulmonar normal, hiperemia da orofaringe com rinorreia posterior e otite seromucosa na otoscopia. Foi medicada com mometasona nasal 50µg/dose (duas pulverizações em cada narina por dia), bilastina 20mg ao deitar e montelucaste 10mg ao deitar. Pela queixa de astenia, pediu-se hemograma completo, glicose e velocidade de sedimentação.

O resultado do estudo analítico foi trazido pela doente 10 dias depois. Demonstrava: anemia microcítica hipocrómica (11,6 g/dL de hemoglobina, 74,5fL de volume globular médio, e 23,9pg de hemoglobina globular média), leucocitose ($11{,}47 \times 10^3$/L) com neutrofilia (77,6%) e linfopenia (14,5%) e velocidade de sedimentação de 98mm/h, sem outras alterações. A utente referia melhoria significativa das queixas. O exame objetivo foi normal, incluindo temperatura axilar, observação da orofaringe, otoscopia e auscultação pulmonar. Considerando o intervalo de 10 dias entre a realização das análises e a presente consulta, optou-se por vigilância e possível repetição de estudo analítico após estabilização do quadro clínico.

Recorreu novamente à USF após 1 mês, com queixas de odinofagia, tosse com expetoração esverdeada e febre. Ao exame objetivo, apresentava: mal-estar geral, avaliação ponderal de 42Kg, temperatura axilar de 39,6ºC, auscultação pulmonar normal, orofaringe hiperemiada, sem exsudados. Medicou-se com amoxicilina + ácido clavulânico (875mg + 125mg), de 12 em 12 horas, e ibuprofeno 400mg de oito em oito horas.

A utente recorreu a nova consulta após 15 dias. Referiu melhoria transitória após antibioterapia, mas reaparecimento de astenia, tosse produtiva, dispneia para pequenos esforços e febre. Foi pedida uma radiografia torácica, trazida no dia seguinte, que revelou infiltrados biapicais com imagens cavitadas (Figura 1).

Figura 1. Radiografia torácica

Pela suspeita de TB pulmonar foi imediatamente enviada ao CDP.

Fez colheita imediata de expetoração, para realização de baciloscopia e exame cultural. O exame direto foi positivo. Considerando o comprometimento respiratório, extensão das lesões pulmonares e atingimento do estado geral da doente, decidiu-se por internamento hospitalar para instituição de terapêutica. Foi prescrito o esquema de fase intensiva com isoniazida 300mg/dia, rifampicina 600mg/dia, pirazinamida 1500mg/dia, e etambutol 1200mg/dia. Como efeitos secundários surgiram náuseas e vómitos sem comprometimento hemodinâmico. Teve alta hospitalar ao sétimo dia de internamento. Posteriormente, o exame cultural de expetoração revelou *Micobacterium tuberculosis* (MT), sensível a todos os fármacos de primeira linha. A baciloscopia demorou três meses a negativar.

Dos 41 contactos rastreados pela Unidade de Saúde Pública, 20 pessoas apresentaram critérios para TB latente e iniciaram tratamento com isoniazida durante seis meses. Este número corresponde a quase 50% de rastreios positivos. Consequentemente, o rastreio foi alargado a mais 169 pessoas, tendo sido detetado mais um caso de TB latente que iniciou terapêutica.

Em junho de 2015, um ano após o diagnóstico, a paciente mantém-se em tratamento, por manutenção de imagem sugestiva de doença ativa na tomografia computorizada torácica. Apresenta, no entanto, evolução clínica favorável.

COMENTÁRIO

A TB transmite-se entre indivíduos, por via área, através de aerossóis contaminados pelo MT, transmitidos por fala, espirro, tosse ou canto.[6] Cerca de 90% dos indivíduos adultos que contactam com a bactéria pela primeira vez têm uma resposta imunitária que leva à quiescência do bacilo e desenvolvimento de TB latente (Figura 2). Há determinados fatores de risco, como a idade e estados de imunossupressão, que promovem a reativação da doença ao longo da vida.[7] A maioria dos casos de TB pulmonar em adultos surge por este mecanismo. É comum haver lesões nos lobos pulmonares superiores, devido à reativação de bacilos que migraram para esta localização durante a infeção primária. Menos frequentemente, a doença no adulto pode resultar de uma nova inoculação de aerossóis contaminados, em indivíduos já sensibilizados por infeção prévia (reinfeção exógena). Nas crianças com menos de seis anos, pressupõe-se que a TB resulte de infeção primária, sendo fundamental rastrear entre os contactos o caso índice responsável pela transmissão.[5]

A maioria dos casos de TB é pulmonar (65%-70%).[8] A bactéria pode disseminar-se por via linfática ou sanguínea, podendo causar TB extrapulmonar em virtualmente qualquer parte do corpo.[6] Os locais mais comuns são o sistema osteoarticular, sistema genito-urinário, gânglios linfáticos e sistema nervoso central.

Pela idade da doente e achados radiográficos, a hipótese mais provável é que este caso corresponda a uma reati-

vação de infeção primária pelo MT. Não é conhecido o momento em que ocorreu a infeção primária. A doente e a família desconhecem contacto com outros casos de TB. Na altura do diagnóstico, a avó da jovem (pertencente ao agregado familiar) estava internada por suspeita de pneumonia, havendo registo de uma imagem cavitada no lobo inferior do pulmão esquerdo. A avó realizou exame cultural em amostra de secreções colhida por broncoscopia, que foi negativo para MT. Também não foram identificados fatores de risco para reativação da doença. No momento da primeira consulta, a jovem encontrava-se a estudar para os exames escolares nacionais. Referiu ansiedade e perturbação do sono há várias semanas, o que poderia aumentar a sua suscetibilidade.

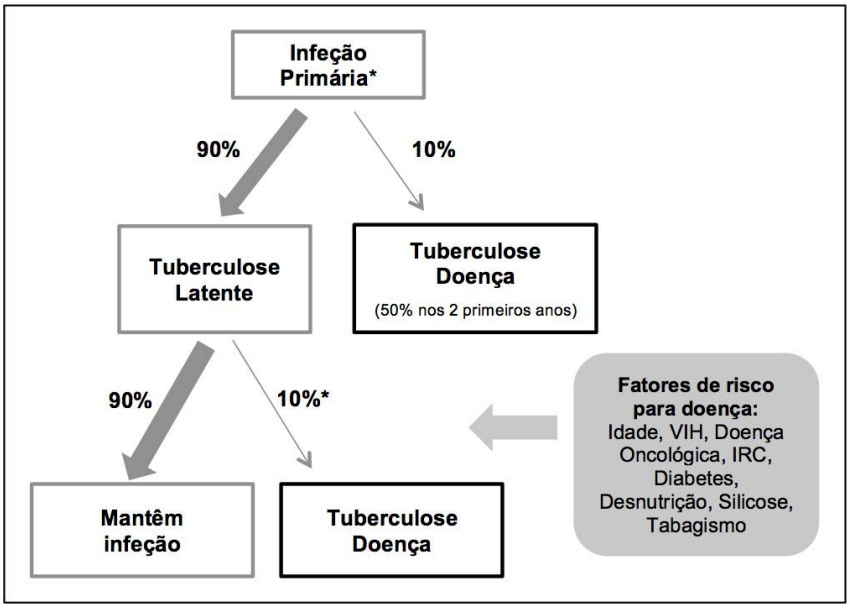

Figura 2. Transmissão da tuberculose e desenvolvimento de doença
Legenda: VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana; IRC – Insuficiência Renal Crónica. *Nas pessoas imunocompetentes, o risco de desenvolver doença é 10% a 15% ao longo da vida, enquanto nas pessoas imunocomprometidas é 10% a 15% por ano. Baseado em Lee W. Riley.[7]

O diagnóstico de TB pulmonar pode ser complexo. Esta doença tem uma evolução indolente e apresenta-se, frequentemente, de forma inespecífica.[4] Os sintomas incluem febre baixa, cansaço, anorexia, perda ponderal e suores noturnos. Na maioria das vezes, mas não necessariamente, pode verificar-se tosse com mais de três semanas de evolução, com ou sem hemoptise. Embora quase todos os casos de TB pulmonar se associem a alterações radiológicas, os achados são muito diversificados.[4] A radiografia e auscultação pulmonar podem ser normais.[4] Para diagnóstico presuntivo, utiliza-se a baciloscopia com método de coloração de Ziehl-Neelsen, que confirma a presença de bactérias álcool-ácido resistentes. O gold-standard continua a ser o isolamento cultural do agente, o que pode demorar várias semanas.[4]

Neste caso, as queixas inicialmente apresentadas pela jovem foram atribuídas a outras causas etiológicas. O Médico de Família seguiu um processo de decisão baseado na prevalência das doenças na comunidade e evidência do exame objetivo, enquadrado nos antecedentes pessoais da doente. A persistência da sintomatologia e ausência de resposta à terapêutica instituída levaram à suspeição de TB pulmonar. Todavia, os sintomas constitucionais e a duração das queixas poderiam sugerir este diagnóstico numa fase mais precoce da história clínica. As alterações analíticas podem ser justificadas pela TB. Está descrito que, em cerca de 10% dos casos, esta doença se associa a anemia (normalmente, normocítica normocrómica) e leucocitose (mais frequentemente com linfocitose e monocitose).[9] Por outro lado, a anemia microcítica hipocrómica observada poderia não ter significado patológico, estando associada aos ciclos menstruais. Na TB, pode haver aumento ligeiro a moderado dos marcadores bioquímicos de infeção, incluindo a velocidade de sedimentação.[9]
No caso apresentado, estima-se que o período de infeciosidade[5] teve início três meses antes dos primeiros sintomas de astenia, ou seja, sete meses antes do diagnóstico e início de tratamento. As consequências negativas deste atraso manifestaram-se pelo agravamento clínico da doente, com necessidade de internamento para instituição de terapêutica, manutenção de estado bacilífero durante três meses e duração de tratamento superior a 12 meses. Por outro lado, houve transmissão da infeção a 21 pessoas, com necessidade de introdução de terapêutica hepatotóxica, controlo analítico e realização de consultas periodicamente. Deve ainda ser considerado o custo económico para o Serviço Nacional de Saúde, resultante do internamento hospitalar, consultas, exames e medicação dispensada no CDP, e rastreio realizado pela Unidade de Saúde Pública.

O Médico de Família pode contribuir para o diagnóstico precoce da TB pulmonar e redução do seu impacto no indivíduo e comunidade. Perante sintomatologia compatível, sobretudo de duração prolongada, deve colocar esta hipótese diagnóstica. É importante reforçar que a TB pulmonar tem frequentemente uma apresentação inespecífica e evolução insidiosa. Sintomas de astenia, anorexia, febre baixa, suores noturnos, com duração superior a um mês, sem outra etiologia identificada, exigem que se considere este diagnóstico diferencial. A ausência de contacto com outras pessoas com TB não deve excluir esta hipótese, pois a maioria dos casos de TB em adultos ocorre por reativação da doença, sendo frequentemente difícil identificar o momento de primo-infeção.

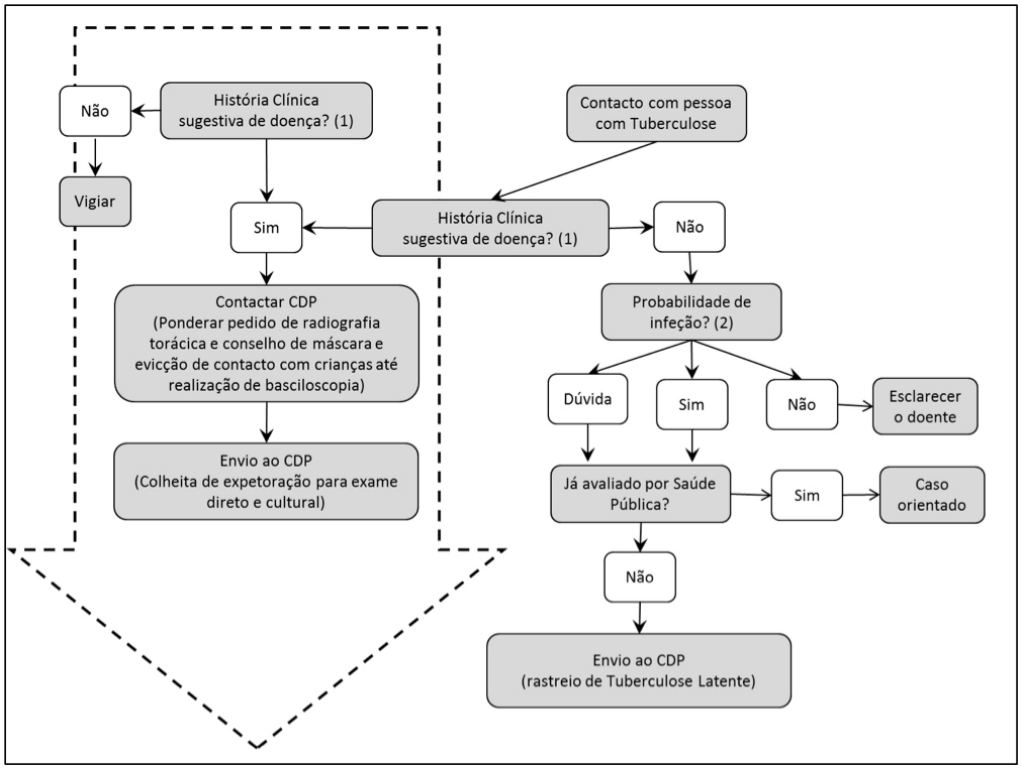

Figura 3. Abordagem nos CSP do doente com suspeita de TB pulmonar ativa ou TB pulmonar latente
Legenda: CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico. Área a tracejado – árvore de decisão na suspeita de TB ativa (aplica-se ao caso apresentado). (1) História prolongada (superior a 1 mês) de astenia, anorexia, febre baixa, suores noturnos e tosse há mais de três semanas com ou sem hemoptise. (2) Deve considerar-se: i) infeciosidade da pessoa doente (estado bacilífero); ii) concentração da bactéria no ar inspirado (condições de ventilação e exposição solar do local de contacto); iii) duração do contacto (pelo menos oito horas cumulativas em ambiente contaminado); iv) suscetibilidade imunológica do indivíduo exposto.[4,6,7,9]

A Figura 3 é uma proposta dos autores de abordagem do Médico de Família ao doente com suspeita de TB pulmonar ativa ou TB pulmonar latente, incluindo a referenciação ao CDP. Qualquer médico a exercer no Serviço Nacional de Saúde ou em regime privado pode e deve referenciar um paciente ao CDP, acompanhado de carta informativa. Um contacto telefónico prévio é útil na orientação do caso. Na suspeita de TB pulmonar e inexistência de apoio radiológico no CDP local, o médico pode requisitar uma radiografia torácica a realizar no próprio dia, que o doente deve levar consigo, de forma a acelerar o processo diagnóstico. Na presença de história sugestiva de TB pulmonar ativa, deve ser aconselhado o uso de máscara e evicção de contacto com crianças até se excluir a presença de Mycobacterium no exame direto da expetoração.

Concluindo, o Médico de Família é o profissional de saúde de excelência na abordagem ao indivíduo e comunidade. Pode ter um papel ativo na interrupção precoce da cadeia de transmissão de TB e das consequências negativas de um diagnóstico tardio, mantendo um nível adequado de suspeição clínica e orientação em conformidade, referenciando o mais precocemente possível ao CDP.

BIBLIOGRAFIA

1. Global Tuberculosis Report 2014 [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2014 [citado a 29 de maio de 2015]. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/ factsheet_global.pdf?ua=1.
2. Infeção VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2014 [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2014 [citado a 29 de maio de 2015]. Disponível em: http://www.dgs.pt/ estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-infecao-vih-sida-e-tuberculose-em-numeros-2014.aspx.
3. Direção-Geral da Saúde (DGS). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 [Internet]. DGS; 2012 [citado a 29 de maio de 2015]. Disponível em: http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/.
4. Bento J, Silva AS, Rodrigues F, Duarte R. Métodos Diagnósticos em Tuberculose. Acta Med Port. 2011; 24: 145-154
5. Direção-Geral da Saúde (DGS). Planeamento do Rastreio de Contactos de Doentes com Tuberculose [Internet]. DGS; 2013 [citado a 29 de maio de 2015]. Disponível em: http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/tuberculose1/normas.aspx
6. Knechel NA. Tuberculosis: pathophysiology, clinical features, and diagnosis. Crit Care Nurses. 2009; 29(2): 34-43
7. Lee W Riley, MD. Natural history, microbiology, and pathogenesis of tuberculosis. In: UpToDate [citado a 29 de maio de 2015].
8. Esmail, H, Barry, CE, Young B, Wilkinson, RJ. The ongoing challenge of latent tuberculosis. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2014; 369 (1645).
9. American Thoracic Society, Centers for Disease Control and Prevention, Infectious Diseases Society of America. Diagnostic standards and classification of tuberculosis in adults and children. Am J Respir Crit Care Med. 2000;161:1376-95

CONFLITOS DE INTERESSES

As autoras negam quaisquer conflitos de interesses.