Relato de caso

Às vezes o que parece é

por Mariana Sá Nogueira¹

 Interna de formação específica de Medicina Geral e Familiar - USF S. Félix/Perosinho, ACES Grande Porto VIII - Espinho/Gaia

RESUMO

Introdução: A tuberculose constitui uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo e Portugal é um dos países com maior incidência na Europa. Assim, trata-se de um importante diagnóstico diferencial perante clínica sugestiva e/ou contexto epidemiológico favorável.

Descrição do caso: Em janeiro de 2016 recorreu à consulta um utente de 34 anos, com quadro de perda ponderal de 10kg, astenia progressiva e hipersudorese noturna. Ao sogro, com quem coabita, foi diagnosticado tuberculose pulmonar em maio de 2015. Nessa altura o utente realizou rastreio de contatos, que não revelou alterações, porém não compareceu à consulta de reavaliação. Após realização de radiografia pulmonar urgente e referenciação ao Centro de Diagnóstico Pneumológico da área de residência, foilhe diagnosticada tuberculose pulmonar.

Comentário: Perante um diagnóstico de tuberculose, devem definir-se prioridades: notificar e tratar devidamente o indivíduo, proceder ao rastreio de contatos, acompanhar e monitorizar todos estes procedimentos. Para que todo este processo ocorra de forma efetiva e concordante com as orientações nacionais e internacionais, é fulcral a articulação entre as diferentes entidades envolvidas. Ao médico de família compete, também, estar sensível para o impacto que este tipo de diagnóstico tem para a família e disponível para dar resposta às dúvidas e anseios que possam surgir.

Palavras-chave: tuberculose, tuberculose latente, epidemiologia

INTRODUÇÃO

A tuberculose constitui, atualmente, uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, com cerca de 9,6 milhões de novos casos e 1,5 milhões de mortes por ano.^{1,2}

No cenário europeu, a incidência de tuberculose tem vindo a diminuir na maioria dos países, ainda que com alguma heterogeneidade, concentrando-se, fundamentalmente, nas populações económica e socialmente desfavorecidas e excluídas.³

A nível nacional, em 2014, notificaram-se 2080 novos

casos de tuberculose, o que representou uma taxa de incidência de 20,0/100 000 habitantes (verificando-se um decréscimo relativamente ao ano anterior).^{4,5} O género masculino foi o mais representado (63,4%), a idade média dos doentes foi de 48,5 anos e o grupo etário dos 35 aos 54 anos o predominante. A localização pulmonar representou 71,3% dos casos. 4 Em Portugal, nos últimos anos, tem-se constatado uma melhoria sustentada nos indicadores associados à tuberculose, levando a que o país seja considerado de baixa incidência. Existe ainda um bom nível de prestação de cuidados de saúde a toda a população e está implementado um Programa Nacional para a Tuberculose, o que incentivou a recente alteração no Programa Nacional de Vacinação. Desde o presente ano que apenas as crianças pertencentes a grupos de risco têm indicação para a vacina BCG.5

Não obstante da melhoria dos indicadores, Portugal mantém-se no grupo de países com maior incidência de tuberculose relativamente aos restantes países europeus, apresentando uma evidente heterogeneidade regional. Os distritos do Porto, Lisboa e Setúbal apresentam taxas de incidência intermédias (entre 20,0 e 50,0/100 000 habitantes). Para tal contribuem fatores de ordem socioeconómica, à semelhança da tendência europeia. Assim, são considerados grupos de risco a população reclusa, os portadores do vírus da imunodeficiência humana, os migrantes provenientes de países de elevada incidência, os desempregados e os habitantes de espaços sobrepopulados.⁶

O conhecimento dos indicadores associados à tuberculose permite-nos constatar que se trata de um importante diagnóstico diferencial perante clínica sugestiva e/ou contexto epidemiológico favorável, tal como se descreve neste caso clínico.

DESCRIÇÃO DO CASO

Em janeiro de 2016 recorreu à consulta programada de saúde de adultos da unidade de saúde um utente de 34 anos de idade, raça caucasiana, casado e atualmente a trabalhar como ajudante de cozinha. Reside no concelho de Vila Nova de Gaia. Tratava-se de um indivíduo com antecedentes de dislipidemia, tratado com pravastatina na dose de 40mg, sem alergias conhecidas, com calendário vacinal atualizado, fumador de 20 cigarros/dia (17 Unidades Maço Ano), sem hábitos etílicos ou história de consumo de substâncias ilícitas.

Do ponto de vista do contexto familiar, insere-se numa família de tipo alargado, coabitando com o sogro, a esposa e as duas filhas, de 5 anos e 20 meses de idade.

Durante a anamnese referiu um quadro de perda

ponderal, não intencional, de cerca de 10kg nos últimos dois meses associada a astenia progressiva, negando febre, anorexia, vómitos ou alteração do hábito intestinal. Relativamente a queixas do foro respiratório, geniturinário, musculosquelético e psíquico, todas foram negadas. Quando questionado especificamente, referiu episódios esporádicos de hipersudorese noturna. No que diz respeito ao contexto epidemiológico, referiu o diagnóstico de tuberculose pulmonar do sogro em maio de 2015. Em seguimento deste diagnóstico, no ano passado, foi convocado pelo Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) da área de residência, no qual realizou radiografia pulmonar e teste tuberculínico, ambos sem alterações de relevo (sic), pelo que lhe foi agendada uma consulta de reavaliação em 3 meses. Na mesma altura os restantes conviventes foram também observados e devidamente orientados. O utente reconheceu ter faltado à consulta de reavaliação por motivos profissionais e por se apresentar assintomático.

Ao exame objetivo apresentava aspeto emagrecido e palidez cutânea, apirético, normotenso, normocárdico e eupneico. A auscultação cardíaca e pulmonar não revelou alterações de relevo.

O utente trazia um estudo analítico (pedido em agosto do ano anterior e realizado na semana anterior) no qual apresentava anemia (hemoglobina de 12,2g/dl) normocítica e normocrómica.

Perante os achados mencionados, foi pedida nova radiografia pulmonar com carácter urgente. Esta apresentava «pneumopatia infeciosa, atingindo as metades superiores dos campos pulmonares, mais expressiva à direita e derrame pleural direito», pelo que foi referenciado, no mesmo dia, acompanhado de carta, ao CDP da área de residência, no qual se estabeleceu o diagnóstico de tuberculose pulmonar. Por conseguinte foi instituída terapêutica com os quatro tuberculostáticos de 1ª linha (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol) durante um período previsto de 9 meses, em regime de Toma Observada Direta (TOD), realizada no domicílio. A pravastatina foi suspensa, temporariamente, pela interação descrita com a rifampicina.

Uma vez que se encontrava em período de contagiosidade foi indicada a permanência no domicílio, com uso permanente de máscara. Estas indicações foram retiradas após os primeiros 3 meses de tratamento. O rastreio de contactos foi devidamente realizado.

O utente mantém seguimento mensal no CDP, com realização periódica de estudo analítico e radiográfico. Dos coabitantes, a esposa e as duas filhas realizaram tratamento para a tuberculose latente, estando o mesmo a decorrer sem intercorrências.

Ao final de cerca de 8 meses de tratamento, em consulta programada na unidade de saúde, o utente refere estar assintomático, tendo já retomado a sua atividade profissional. Refere manter hábitos tabágicos, tendo reduzido o consumo diário para 10 cigarros. No que diz respeito ao peso, recuperou cerca de 5kg. Todos os coabitantes mantêm acompanhamento médico.

COMENTÁRIO

A clínica da tuberculose pulmonar é, habitualmente, de início gradual, podendo ser súbito em crianças e imunodeprimidos. A sintomatologia mais frequente é composta por febre, hipersudorese noturna, perda ponderal e tosse persistente, estando estes achados presentes em cerca de 75, 45, 55 e 95% dos casos, respetivamente.⁷

No presente caso clínico não estava presente a febre e a tosse persistente. Contudo, e sobretudo tendo em conta o contexto epidemiológico, o diagnóstico diferencial de tuberculose foi prontamente colocado. Apesar de ter sido realizado o rastreio de contactos aquando do diagnóstico do sogro e de não ter sido diagnosticada tuberculose latente, o utente não compareceu à consulta de reavaliação.

Perante a suspeita de tuberculose, cabe ao médico (neste caso ao médico de família) a devida orientação do utente, ou seja, a referenciação para uma unidade especializada de tratamento. A notificação do caso é um dos procedimentos prioritários e pode ser feita mesmo na ausência de confirmação diagnóstica.

No que diz respeito ao inquérito epidemiológico, que por sua vez pretende identificar os possíveis contactos com o caso índice, o médico de família também pode desempenhar um papel importante ao articular com a Unidade de Saúde Pública, uma vez que o contágio pode ocorrer não só a nível familiar, como escolar, laboral e comunitário.⁸

Ao médico de família cumpre estar, por um lado, sensível para o impacto que este tipo de diagnóstico tem para a família e, por outro, disponível para dar resposta às dúvidas e anseios que possam surgir. Como tal, de acordo com as indicações, foi realizada uma avaliação familiar na qual não se identificaram fatores de risco acrescido nas escalas de Segovia-Dreyer e de Holmes-Rahe, e se obteve pontuação compatível com «família altamente funcional», segundo o Apgar familiar.

O rastreio dos contactos considerados próximos de um caso índice deve ser iniciado após o seu diagnóstico, num prazo nunca superior a 15 dias. O rastreio tem dois objetivos principais: identificar casos de doença ativa e de doença latente. Para o diagnóstico de doença ativa é necessário, para além de uma história clínica direcionada, a realização de exames complementares de diagnóstico como a radiografia pulmonar e os exames direto, amplificação dos ácidos nucleicos e cultural das amostras de expetoração. Para o diagnóstico de tuberculose latente, após exclusão de doença ativa, aplicam-se os testes tuberculínicos prova de Mantoux e IGRA (*Interferon-Gamma release assay*). Em caso de diagnóstico de tuberculose latente, ou nos casos em que há indicação para profilaxia, é instituída terapêutica com isoniazida (desde que o caso índice seja suscetível à mesma), nas posologias indicadas.^{8,9}

Nesta família existem duas crianças com menos de 6 anos de idade, sendo que nesta faixa etária, mesmo não existindo diagnóstico de infeção latente, há a indicação para realização de quimioprofilaxia (com isoniazida, desde que o caso índice seja suscetível à mesma), tal como ocorreu.

A TOD foi responsabilidade da unidade de saúde (no domicílio e posteriormente na unidade), permitindo assim acompanhar a evolução clínica do utente.

Neste caso, poderia não ter sido perdida a consulta de reavaliação, à qual o utente faltou, se, por exemplo, tivesse sido comunicada ou ao médico de família ou à USP a sua ausência, de forma a ser novamente convocado.

Os pilares da estratégia global do controlo da tuberculose assentam nos princípios da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento atempado.³

BIBLIOGRAFIA

1. Raviglione M, Giorgia S. Tuberculosis 2015: bur-

den, challenges and strategy for control and elimination. Infectious Disease Reports. 2016; volume 8:6570 2. Hamed EL, Hossein SK, Mehdi Y, et al. Pulmonary Tuberculosis Diagnosis:

Where We Are? Tuberc Respir Dis. 2016; 79:134-142 3. European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance on tuberculosis control in vulnerable and hard-to-reach populations. Stockholm: ECDC; 2016.

- 4. DGS Direção Geral de Saúde. Portugal: infeção por VIH, SIDA e Tuberculose em números. DGS Direção Geral de Saúde; 11/2015.
- 5. DGS Direção Geral de Saúde. Norma de Orientação Clínica: Estratégias de vacinação contra tuberculose com a vacina BCG. DGS Direção Geral de Saúde: 06/2016
- 6. Franco I, Sousa P, Gomes M, et al. Social profile of the highest tuberculosis incidence areas in Portugal. Rev Port Pneumol. 2016;22(1):50-56
- 7. Heemskerk D, Caws M, Marais B, Farrar J. Tuberculosis in Adults and Children. London: Springer; 2015.
- 8. DGS Direção Geral de Saúde. Programa Nacional para a Tuberculose: Planeamento de rastreio de contactos de doentes com Tuberculose. DGS Direção Geral de Saúde; 11/2013
- 9. NICE National Institute for Health and Care Excellence. Tuberculosis NICE Guideline. NICE National Institute for Health and Care Excellence; 01/2016

CONFLITOS DE INTERESSES

A autora declara não ter conflito de interesses.

