

"TUBERCULOSE INFANTIL: FORMAS CLÍNICAS E DESAFIOS DIAGNÓSTICOS NA PRÁTICA PEDIATRICA"

*Maria da Gloria Moraes de Oliveira Mello; Eduarda Vieira Rodrigues; Rebeca Poubell Dourado Costa; Iara Salvador Pecemilis; Letícia Campitelle Perri Ribeiro; Marcia Galdino Sampaio; Alessandra Nunes da Fonseca; Claudia Terezinha Schwanz Orfaliais;
Hospital Federal Servidores do Estado;*

Autor principal: Maria da Gloria Moraes de Oliveira Mello

Introdução: A tuberculose (TB) pulmonar na infância representa importante desafio diagnóstico devido à apresentação clínica inespecífica e exames bacteriológicos frequentemente negativos, principalmente em menores de 10 anos. Em locais de alta prevalência, como o estado do Rio de Janeiro, a taxa de incidência em 2023 foi de 70,7 casos/100 mil habitantes, o que demonstra a gravidade dessa doença. Casos clínicos Caso 1: Adolescente, 13 anos, sexo feminino, residente em área endêmica (Gardênia Azul, RJ), contactante domiciliar de genitora tratada por TB, sem rastreio prévio. Apresentou perda ponderal acentuada (10 kg em um mês), múltiplas idas à emergência com diagnóstico de pneumonia sem resposta a antimicrobianos. Radiografia evidenciou cavitações pulmonares e derrame pleural; iniciou tratamento empírico com RIPE. Evoluiu com taquidispneia, hipoxemia e radiografia com extenso pneumotórax (PTX) à esquerda. GeneXpert e BAAR positivos no escarro, sem resistência à rifampicina. Submetida a videotoracoscopia com drenagem pleural fechada, onde se observaram múltiplas fistulas e debríss. Evoluiu em pós-operatório em terapia intensiva. Caso 2: Pré-escolar, 2 anos, sexo masculino, internado por febre, diarreia e riorreia há 9 dias. História de baixo peso, anemia ferropriva e infecções respiratórias de repetição, com cinco internações prévias. Em uso de antimicrobianos sem resposta. Ausculta pulmonar sem alterações, mas radiografia torácica com imagens densas, e tomografia revelou opacidade no lobo superior direito e linfonodos calcificados. USG abdominal mostrou imagens nodulares hepáticas. Lavado gástrico negativo, porém PPD reator (10 mm). Aplicação do escore clínico totalizou 45 pontos, indicando TB muito provável. Iniciado tratamento com RIP, com rápida resposta clínica e alta hospitalar. Posteriormente, foi identificado contato familiar com avô falecido por TB. Discussão: Ambos os casos ilustram diferentes formas de apresentação da TB em pediatria. O primeiro, em adolescente, evidencia uma forma grave e pouco comum com complicações por PTX, associada a atraso diagnóstico e falha no rastreio de contactante. O segundo, em criança pequena, ressalta a importância do escore diagnóstico frente a sinais inespecíficos e ausência de confirmação bacteriológica. Em ambos, o diagnóstico foi dificultado por sintomas atípicos ou subvalorização do contexto epidemiológico. O tempo prolongado até o diagnóstico, sobretudo no caso 1 (\approx 60 dias), reforça a necessidade de maior vigilância, especialmente em áreas endêmicas.^[1] A TB pediátrica apresenta desafios diagnósticos relevantes, com manifestações clínicas variadas que vão desde quadros subagudos até formas graves e complicadas. O rastreio adequado de contactantes, o uso sistemático do escore diagnóstico e a valorização do contexto epidemiológico são essenciais para o diagnóstico precoce, prevenção de complicações e melhora dos desfechos clínicos.

Palavras-chave: TUBERCULOSE, CRIANÇA, DIAGNÓSTICO.