

Tuberculose Cutânea - a propósito de um caso clínico

Cutaneous Tuberculosis - a case report

Sofia Amálio, Pedro La Féria, Paulo Ávila, Raquel Matos, Teresa Faro, Manuel Mendonça, Teresinha Santos, Jorge Costa Marques

Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E., Hospital dos Capuchos, Medicina 2.1

Recebido para publicação a 03.05.12

Aceite para publicação a 23.09.12

Resumo

Apesar de a tuberculose cutânea (TBC) compreender apenas entre 0,1 a 4,4 por cento de todos os casos de tuberculose, é importante para os clínicos considerarem esta infecção quando confrontados com uma lesão cutânea de etiologia não esclarecida. Além do *M. tuberculosis*, também os bacilos *M. bovis* e *Bacillus Calmette-Guerin* (BCG) podem causar infecção da pele. A tuberculose cutânea “verdadeira” pode ser adquirida por via exógena (quando há inoculação directa do bacilo na pele), ou endógena, e apresenta um largo espectro de apresentações clínicas. Reportamos um caso de escrofuloderma (envolvimento da pele por contiguidade a partir de um outro foco de infecção), com linfadenite tuberculosa e envolvimento da clavícula, numa mulher imunocompetente.

Palavras chave: tuberculose cutânea, escrofuloderma, imunocompetente, pele, tuberculose

Abstract

*Although cutaneous tuberculosis is reported in only 0,1 to 4,4% of all cases of tuberculosis, it is important for practitioners to consider this infection when faced with a skin lesion with non-identified cause. Beside *M. tuberculosis*, *M. bovis* or the *Bacillus calmette-guerin* (BCG) can also cause skin infection. True cutaneous tuberculosis lesions can be acquired either exogenously (by direct inoculation of the skin by de Mycobacterium) or endogenously and show a wide spectrum of morphology. We report a case of scrofuloderma (involvement of the skin overlying a contiguous tuberculosis focus) with tuberculous lymphadenitis and involvement of the clavicle in an immunocompetent female adult.*

Key words: Homocystinuria, methylenetetrahydrofolate reductase, thrombophilia, anticoagulation, betaine.

Introdução

A tuberculose continua a ser um grave problema de saúde pública quer nos países subdesenvolvidos, quer nos desenvolvidos.¹ Actualmente tem recuperado importância no contexto da pandemia pelo vírus da imunodeficiência humana, do aumento da imigração, da maior utilização de tratamentos imunossuppressores e do surgimento de estirpes multiresistentes.² Ainda assim a tuberculose cutânea (TBC) é relativamente rara representando cerca de 1,5% de todas as formas de tuberculose.³

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 65 anos de idade, caucasiana, casada, empregada doméstica, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, que não fazia terapêutica em ambulatório. Estava assintomática até 2 meses antes do internamento, altura em que iniciou anorexia com perda ponderal não quantificada, hipersudorese de predomínio nocturno e tosse seca. Na mesma altura começou a notar uma massa na região supra-mamária direita, com cerca de 3 por 5 cm de diâmetro, com halo de eritema, de consistência dura e dolorosa. Negava febre, tosse, expectoração, assim como outra sintomatologia do foro respiratório, gastrointestinal ou génito-urinário. Negava tuberculose no passado, contactos com pessoas doentes, com animais, ou causa de imunossupressão conhecida.

Recorreu à Médica Assistente que requisitou exames complementares de diagnóstico, nomeadamente análises, radiografia (Rx) de tórax, ecografia das partes moles, mamografia e ecografia mamária. Nas análises destacava-se aumento da velocidade de sedimentação (VS) de 68 mm na primeira hora (valor de referência <15 mm na primeira hora). No Rx de tórax era descrita “zona de maior densificação correspondendo a massa das partes moles da face anterior do tórax, na projecção do andar superior do hemitórax direito”. A ecografia das partes moles mencionava “lesão sólida heterogénea com aspecto suspeito de processo expansivo de 50 por 22 mm de diâmetro, entre os planos subcutâneo e muscular”. A mamografia e a ecografia mamária não apresentavam alterações. Ainda em ambulatório realizou Tomografia Computorizada (TC) de Tórax cujo relatório descrevia: “massa capsulada com conteúdo hipodenso e semi-líquido (provável lesão secundária) na transição cervico-torácica, envolvendo o músculo grande peitoral, o tecido celular subcutâneo e a extremidade interna da clavícula direita”, havendo ainda referência a “adenopatias mediastínicas de pequenas dimensões e parênquima pulmonar em vidro despolido”. Cerca de 3 dias antes do internamento iniciou eliminação de conteúdo purulento da lesão torácica pelo que recorreu ao Serviço de Urgência do nosso Centro Hospitalar, sendo posteriormente internada no nosso Serviço. No exame objectivo apresentava um bom estado geral, apirexia, pressão arterial de 120/68 mmHg, frequência cardíaca de 69bpm e frequência respiratória de 16 ciclos/minuto. Palpavam-se gânglios axilares, cervicais e um supra-clavicular direito, todos infracentimétricos, e de consistência elástica. Na região supra-mamária direita, estendendo-se até à clavícula homolateral, observava-se uma massa eritematosa, dolorosa, com sinais inflamatórios circundantes e orifício central com drenagem de exsudado hemato-purulento com aspecto caseoso. Foi feita drenagem da lesão, com colheita de exsudado, constatando-se uma ex-

tensa loca com cerca de 10 cm de maior diâmetro e 4 cm de menor diâmetro. (Fig 1). Restante observação clínica sem alterações. Analiticamente tinha VS de 70 mm na primeira hora (valor de referência <15 mm na primeira hora), sendo a restante avaliação analítica geral normal e as hemoculturas e serologias para diagnóstico diferencial de adenopatias (vírus da imunodeficiência humana, vírus do grupo herpes como EBV e CMV, bartonella henselae e toxoplasmose) negativas. O exame cultural do exsudado da lesão e a pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) foram negativos. Ficámos a aguardar os resultados do teste de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN), do exame micobacteriológico cultural, e das hemoculturas em meio de micobactérias. Considerando a hipótese diagnóstica de lesão neoplásica secundária sobre-infectada, foi introduzida terapêutica antibiótica com amoxicilina+ácido clavulânico, com melhoria dos sinais inflamatórios locais. Entretanto foi realizada ecografia cervical das partes moles que confirmou a presença de múltiplas adenopatias cervicais, salientando-se a presença de processo necrótico central em algumas delas. Repetiu-se ainda a TC Torácica (Fig. 2 e 3) que mostrou: “lesão lítica com componente de partes moles ao nível da clavícula direita, densificação do músculo grande peitoral e solução de continuidade cutânea”. Pelas imagens em “vidro despolido” no parênquima pulmonar efectuou-se broncofibroscopia com colheita de lavado bronco-alveolar do qual todos os exames bacteriológicos ou micobacteriológicos e o TAAN foram negativos.

Optou-se então por realizar, com apoio da cirurgia, curetagem da loca da lesão. A histologia do tecido colhido revelou granulomas epitelioides, com células gigantes multi-nucleadas tipo Langerhans, mas sem a presença de BAAR. Só mais tarde tivemos conhecimento dos resultados do TAAN e exame micobacteriológico cultural do exsudado da lesão que foram positivos, tendo no exame cultural sido isolado *Mycobacterium tuberculosis*, sensível aos anti-bacilares de primeira linha. Foi



FIG. 1
lesão supra-mamária direita

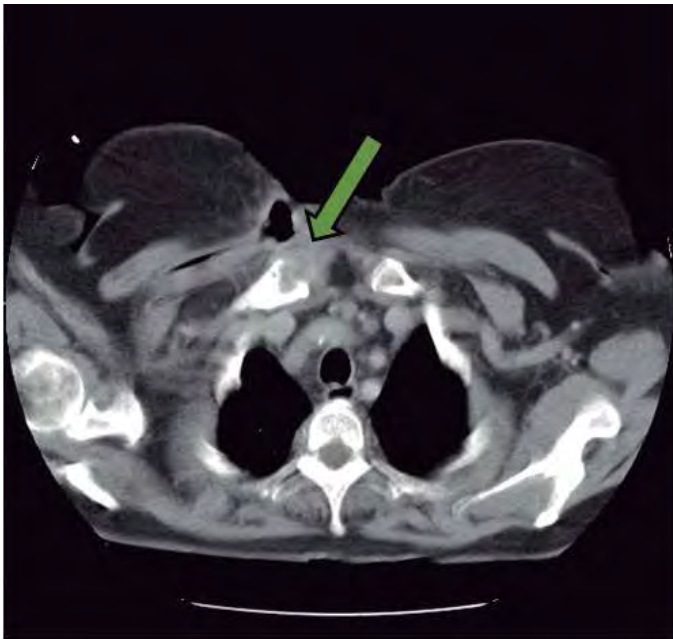


FIG. 2
lesão na TC cervico-torácica

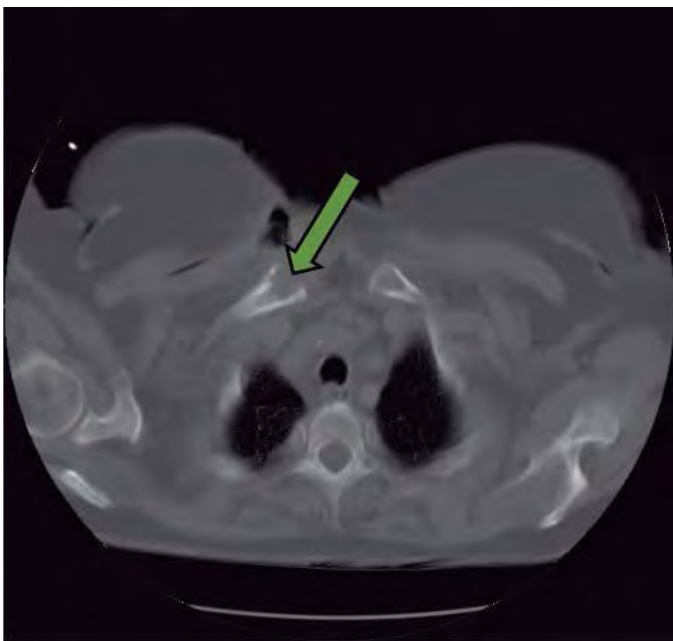


FIG. 3
lesão "lítica" da clavícula direita

iniciada terapêutica antibacilar quádrupla e piridoxina, tendo numa primeira fase havido ressurgimento dos sinais inflamatórios locais (efeito paradoxal), mas com posterior melhoria. De referir ainda como reacções à terapêutica antibacilar prurido, tratado com hidroxizina, e discreto aumento do ácido úrico medicado com alopurinol. A doente teve alta orientada para o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) da sua área de residência onde, por uma questão de saúde pública, deveria continuar a realizar o penso da lesão. Cumpriu 6 meses de terapêutica com resolução do quadro, tendo tido alta do CDP.

Discussão

A tuberculose é um problema de saúde pública desde a antiguidade em todo o mundo, com consequências que não se limitam aos países subdesenvolvidos. Desde os anos 80 o número de casos tem aumentado sendo as razões apontadas para este fenómeno a síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), a imigração, a multirresistência e as terapêuticas imunossupressoras.^{2,3} Em Portugal, a incidência da Tuberculose é intermédia/baixa, com tendência a descer consistentemente, sendo que o peso da imigração e da infecção VIH é baixo. Isto significa que a grande maioria dos casos se deve ainda ao elevado potencial de transmissão na comunidade.⁴

A TBC representa apenas 0,1 a 4,4% de todas as formas de tuberculose e 0,1 a 1% de todas as doenças da pele.^{1,3} Mesmo em países em desenvolvimento como a Índia a sua incidência caiu de 2% para 0,15%.⁵ Como agente etiológico destaca-se o *M. tuberculosis*, no entanto o *Mycobacterium bovis* e o Bacilo de *Calmette-Guérin*, utilizado na vacinação anti-tuberculosa, também podem produzir lesões cutâneas.⁶ Nos países desenvolvidos a infecção cutânea pelo *M. Tuberculosis* tende a ocorrer em indivíduos com compromisso da imunidade por neoplasia, terapêutica com corticóides ou outros imunossupressores, enquanto nos países em desenvolvimento ocorre com frequência na população em geral.⁷

No caso por nós descrito tratava-se de uma mulher sem qualquer compromisso da imunidade conhecido, mas como referido acima existe em Portugal um importante potencial de transmissão dentro da comunidade.

A tuberculose cutânea pode ser dividida em "verdadeira" tuberculose ou em tubercúlides. Na tuberculose dita verdadeira existe uma relação bem identificada entre a lesão e a infecção pelo *Mycobacterium*, enquanto nos tubercúlides se acredita que a patogénese é uma reacção de hipersensibilidade ao *M. tuberculosis*, quando existe disseminação hematogénica, não estando a relação com a infecção tuberculosa tão bem estabelecida. As várias formas clínicas de tuberculose cutânea verdadeira podem ter origem numa fonte exógena ou endógena sendo o primeiro caso menos comum.⁸ A forma exógena resulta da inoculação directa do *M. tuberculosis* na pele de um indivíduo susceptível resultando numa lesão em chaga tuberculosa, tuberculose verrucosa ou lúpus vulgar. Por outro lado a forma endógena ocorre em doentes previamente infectados por disseminação linfática, hematogénica ou por contiguidade com outros tecidos infectados, como gânglios linfáticos, osso, tubo digestivo ou pleura (escrofuloderma).^{9,10} As diferentes formas de tuberculose cutânea, bem como as suas apresentações clínicas mais características encontram-se discriminadas no Quadro I.

No nosso caso admitimos tratar-se de uma escrofuloderma, tendo como possíveis pontos de partida um gânglio linfático regional, dada a presença, na ecografia cervical, de adenopatias com processo necrótico central (com posterior extensão à pele e à clavícula) ou um foco infeccioso da clavícula direita. Para o diagnóstico o método de eleição é o exame cultural que possui ainda a vantagem de permitir a realização do teste de sensibilidade aos anti-bacilares. A técnica por Polymerase Chain Reaction (PCR) ou TAA também é um método fiável. No entanto, por existir normalmente uma distribuição heterogénea de uma pequena quantidade de bacilos, o exame direc-

QUADRO I**Diferentes modos de disseminação e de apresentação clínica da tuberculose cutânea**

MODO DE DISSEMINAÇÃO	APRESENTAÇÃO CLÍNICA
Exógena	Chaga tuberculosa
	Tuberculose verrucosa
	Lúpus vulgar
	Tuberculose orificial
Endógena	Goma tuberculosa
	Lúpus vulgar
	Escrofuloderma
Tubercúlides	Líquen escrofuloso
	Tubercúlide papulonecrótico
	Eritema nodoso
	Eritema indurado de Bazin

to é muitas vezes negativo e a sensibilidade da PCR é menor, pelo que se recomenda a colheita de múltiplas amostras.⁶

O tratamento recomendado para a tuberculose ganglionar, em doentes sem infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, são os anti-bacilares de primeira linha com uma duração de total de 6 meses. No caso da tuberculose óssea, atendendo à preocupação com a má penetração dos fármacos no osso, era habitual considerarem-se regimes terapêuticos mais prolongados (12 a 18 meses). No entanto, estudos recentes mostram que, para regimes contendo rifampicina, 6 a 9 meses de terapêutica se mostram pelo menos igualmente eficazes, sendo suficiente, para a maioria dos doentes, 6 meses de terapêutica com os anti-bacilares de primeira linha.¹¹ O tratamento da TBC segue as mesmas orientações que a tuberculose noutras localizações.¹² De acordo com estas orientações a nossa doente realizou 2 meses de terapêutica quádrupla (isoniazida, etambutol, pirazinamida, rifampicina), seguida de 4 meses de terapêutica dupla (isoniazida e rifampicina).

Conclusão

O diagnóstico de TBC é muitas vezes atrasado atendendo à sua raridade, não consideração da doença no diagnóstico diferencial, grande variabilidade de apresentações clínicas, e presença de pequeno número de bacilos na pele condicionando exames directos e culturais falsos negativos. Assim a possibilidade de TBC deve ser mantida em mente sobretudo em lesões cutâneas que não resolvem com terapêutica inespecífica, sendo importante um elevado índice de suspeição. ■

Bibliografia

1. Kilic a, Gul u, Soylu s, Gonul m, Demiriz m. Clinical and laboratory features of cutaneous tuberculosis. *Eur J Dermatol* 2009; 19(5):527-528.
2. Marcela Concha R., Félix Fich S., Ricardo Rabagliati B., Cristian Pinto S., Rocío Rubio L., Óscar Navea D., y Sergio González B. Tuberculosis cutánea: reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Rev Chil Infect* 2011;

28 (3): 262-268.

3. J. Almaguer-Chávez, J. Ocampo-Candiani, a and A. Rendón. Current Panorama in the Diagnosis of Cutaneous Tuberculosis. *Actas Dermosifiliogr* 2009; 100:562-570.
4. A Fonseca Antunes. Programa nacional de Luta contra a Tuberculose-Ponto da situação epidemiológica e de desempenho. Março de 2011
5. Gopinathan R, Pandit D, Joshi J, Jerajani H, Mathur M. Clinical and morphological variants of cutaneous tuberculosis and its relation to mycobacterium species. *Indian J Med Microbiol* 2001; 19:193-196.
6. Barbagallo J, Tager P, Ingleton R, Hirsch RJ, Weinberg JM. Cutaneous tuberculosis: diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2002; 3(5):319-328.
7. Z. Abdi, A. Soleimani, M. Rasoolinejad. Photoclinic: cutaneous tuberculosis. *Archives of Iranian Medicine*. Volume 14, Number 2, March 2011.
8. Tan W P, Tang M B Y, Tan H H. Scrofuloderma from the acromioclavicular joint presenting as a chronic ulcer in na immunocompetent host tuberculosis. *Singapore Med J* 2007; 48(9):e243–e245.
9. CK Ho, MH Ho, LY Chong. Cutaneous tuberculosis in Hong Kong: an update. *Hong Kong Med J* 2006; 12:272-277.
10. B. Kumar, S. Muralidhar. Cutaneous tuberculosis: a twenty-year prospective study. *Int j Tuberc Lung Dis* 1999; 3(6):494-500.
11. Malcolm McDonald, Daniel J Sexton. Skeletal tuberculosis. In *uptodate.com* 2012.
12. Handog EB, Gabriel TG, Pineda RT. Management of cutaneous tuberculosis. *Dermatol Ther* 2008; 21(3):154-161.