

13ª JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

MEDICINA

RELAÇÃO ENTRE A CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA E O DESFECHO DO CASO EM PACIENTES COM TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR NO HOSPITAL UNIVRESITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE (HUGG)

¹ Natália Duque Estrada (IC-Voluntário); ¹ Catherine Valdez (IC-Voluntário); ² Denise Duprat Neves (Orientadora)

1 - Escola de Medicina e Cirurgia; CCBS; Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

2 - DEMESP; Escola de Medicina e Cirurgia; CCBS; Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Apoio Financeiro: Não houve

Palavras-chave: tuberculose extrapulmonar; diagnóstico; HIV / AIDS.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma das mais antigas doenças que acometem os seres humanos e ainda constitui importante causa de morte no mundo inteiro. Esta enfermidade, causada por bactérias pertencentes ao complexo do *Mycobacterium tuberculosis* (BK), afeta habitualmente os pulmões, embora outros órgãos sejam acometidos em até 33% dos casos. Na década de 80 do século passado, com a introdução da terapêutica específica de curta duração, houve um declínio importante da incidência da TB; contudo, no início dos anos 90, evidenciou-se uma redução na velocidade da queda, provavelmente influenciada pela epidemia causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).² O HIV não só tem contribuído para um crescente número de casos de TB como também tem sido um dos principais responsáveis pelo aumento da morbimortalidade entre os pacientes com a co-infecção.³ Além disso, a epidemia do HIV promoveu um aumento na prevalência da tuberculose extrapulmonar (TB EP), que é resultado da disseminação da micobactéria pelo organismo. Na maior parte das vezes, essa se apresenta de forma insidiosa e de evolução mais lenta. A sintomatologia específica dependerá do órgão ou sistema acometido.⁴ Os locais extrapulmonares mais frequentemente acometidos são os linfonodos, a pleura, o trato geniturinário, os ossos, as articulações e o sistema nervoso central.¹ Os indivíduos portadores de TB EP costumam ser paucibacilares e a coleta de material no local das lesões pode necessitar de procedimentos mais invasivos (incluindo os cirúrgicos), o que dificulta e atrasa o diagnóstico. Dessa forma, é frequente que o exame direto do material da lesão não permita o diagnóstico, fazendo com que a cultura e o exame histopatológico (identificando o granuloma contendo necrose caseosa) tenham grande importância para a confirmação deste.⁵ Nos indivíduos infectados pelo HIV pode não haver a formação clássica de granuloma na histopatologia nos estágios mais avançados e os achados radiográficos podem ser atípicos.¹ Existem poucos estudos na literatura sobre o desfecho do tratamento para TB EP que comparam pacientes que iniciaram tratamento com ou sem confirmação do diagnóstico, principalmente aqueles co-infectados pelo HIV, e os resultados obtidos são divergentes, o que justifica o presente estudo.

OBJETIVO

O objetivo desse estudo consiste em quantificar a confirmação do diagnóstico da tuberculose extrapulmonar e verificar a forma como essa se dá em diferentes localizações da doença em pacientes matriculados no serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) para início da terapia específica. Além disso, será analisado o desfecho dos casos, principalmente daqueles em que a terapêutica foi iniciada mesmo sem confirmação diagnóstica.

METODOLOGIA

Foi realizada uma coorte histórica com base no levantamento de dados dos pacientes atendidos no ambulatório de Pneumologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), de janeiro de 2010 a dezembro de 2013, com qualquer manifestação extrapulmonar de tuberculose. Os pacientes foram selecionados a partir da data de notificação do caso, sem distinção por sexo, idade ou etnia. Além disso, todos possuíam o diagnóstico de TB EP confirmado por métodos microbiológicos e/ou histopatológicos ou ainda suspeitado, desde que excluía outras causas. Não fizeram parte da amostra aqueles que apresentaram a forma pulmonar isolada. A partir de um livro de registros pertencente ao serviço de Pneumologia do HUGG, o qual contém dados sobre os casos de TB notificados, foram estudados os prontuários de cada paciente. De acordo com as informações obtidas, a amostra foi dividida em 2 grupos: pacientes com confirmação etiológica de TB EP (Grupo 1) e aqueles que não obtiveram tal confirmação (Grupo 2). Como não existe um consenso na literatura quanto ao diagnóstico de certeza em cada sítio por métodos semelhantes, considerou-se, de maneira geral, confirmação etiológica de TB EP a presença de cultura positiva para *M. tuberculosis* e/ou de histopatológico demonstrando granuloma com necrose caseosa. Vale ressaltar que, nos casos pleurais, foram considerados confirmados quaisquer casos que possuam granuloma,⁶ uma vez que mais de 95% destes na pleura, em áreas endêmicas, possuem etiologia tuberculosa.⁷ Nota-se, também, que nos casos ganglionares, a presença de histopatológico com granuloma associada à identificação do bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) no material em questão também confirma tal etiologia.⁶ Além disso, em razão da condição nobre do aparelho visual limitar o estudo histológico, o diagnóstico da forma ocular é sustentado pelos dados epidemiológicos, PPD reator e pela exclusão de outras doenças em questão.⁷ Dessa forma, essas três situações descritas foram contempladas no Grupo 1. Os dados obtidos foram colocados em uma planilha utilizando o programa Excel® 2010 e, posteriormente, os desfechos dos casos em cada grupo foram comparados, levando em consideração especialmente as frequências de óbito e de alta do tratamento. Para avaliar a significância estatística das associações realizadas, calculou-se o Odds Ratio (OR) de óbito e seu Intervalo de Confiança (IC 95%).

13ª JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RESULTADOS

A amostra foi composta por um total de 112 pacientes, possuindo idade entre 1 e 88 anos, com média de 39,3 anos e desvio padrão (DP) de 17,3. Houve predominância do sexo masculino (57,1%), 53,6% dos pacientes eram HIV-Positivos, 30,4% eram HIV-Negativos e 16% não realizaram o teste. Foram excluídos da avaliação do desfecho aqueles que abandonaram o tratamento nesta unidade de saúde, o que corresponde a 10,7% do total. Foram encontradas diversas formas de TB EP, entre elas: linfonodal (41,1%), pleural (23,2%), miliar (7,1%), meningoencefálica (4,5%), genitourinária (4,5%), óssea (4,5%), pericárdica (4,5%), intestinal (3,6%), cutânea (3,6%), peritoneal (0,9%), ocular (0,9%), laríngea (0,9%) e hepática (0,9%). O grupo 1, com diagnóstico confirmado, foi composto por 33 pacientes (29,5% da amostra total), havendo predomínio de homens (63,6%) e prevalência de 51,5% de HIV-positivo. Neste grupo, encontrou-se a frequência de 90,9% de alta e 9,1% de óbito. O grupo 2, por sua vez, foi contemplado com 67 pacientes (59,8% do total), dos quais 52,2% eram homens e 50,8% eram HIV-positivo. Neste grupo, encontrou-se a frequência de 77,6% de alta e de 22,4% de óbito. Analisando a incidência de óbito em cada grupo, calculou-se um risco de aproximadamente 2,9 vezes maior de óbito nos pacientes que iniciaram o tratamento com apenas a suspeita de TB EP, sem confirmação bacteriológica (OR = 2,8846, com IC 95% = 0,7717 – 10,7824).

CONCLUSÃO

Concluiu-se que o tratamento da TB EP sem vigência de confirmação etiológica contribuiu, no presente estudo, para um aumento do risco de óbito (OR=2,8846). Contudo, o IC 95% foi igual a 0,7717 – 10,7824, indicando que não houve significância estatística na associação entre as variáveis analisadas no estudo em questão, provavelmente devido ao tamanho diminuto da amostra. Além disso, embora o número limitado de pacientes nos diferentes grupos dificulte a análise multivariada, outros fatores merecem ser investigados para avaliar suas possíveis interferências nos resultados encontrados. É possível que a maior incidência de óbitos no grupo 2 seja relacionada a outras patologias erroneamente diagnosticadas como TB EP e, consequentemente, não tratadas. Além disso, apesar do percentual de HIV-Positivos ser bastante semelhante nos dois grupos, não foi avaliado o status imunológico de cada paciente soropositivo e nem a presença de comorbidades, o que pode ter influenciado no resultado. Nota-se também que, devido à dificuldade para a confirmação etiológica, na maioria das vezes iniciar o tratamento empiricamente para TB EP, trouxe benefício para o doente, já que a incidência de alta no Grupo 2 foi de 77,6%, indicando que o sucesso terapêutico neste grupo também teve sua relevância. No entanto, uma atenção maior para outras etiologias, antes e durante o tratamento, e um estudo etiológico mais detalhado podem contribuir para uma menor taxa de óbito nestes pacientes. É importante, portanto, que sejam realizados novos estudos sobre o tema, em populações maiores e distintas entre si, visto que há poucos estudos sobre TB EP no Brasil e que não há consenso na literatura quanto a sua confirmação diagnóstica em cada sítio. A TB EP ainda é uma doença de prevalência relativamente alta, especialmente no Rio de Janeiro, e que ainda é responsável por grande morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

- 1- RAVIGLIONE, M. C.; O'BRIEN, R. J. Tuberculosis. In: LONGO, D. L. (Org.). Harrison's Principles of Internal Medicine. 18th ed. Ed. McGraw-Hill, 2012, p.1340-59.
- 2- HIJJAR, M. A.; PROCÓPIO, M. J.; FREITAS, L. M. R.; GUEDES, R.; BETHLEM, E. P. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. Revista Pulmão RJ, vol 14, nº 4, p. 310-314, 2005. Disponível em: <<http://www.sopterj.com.br/tuberculose/curso/1.pdf>>. Acesso em: 09/01/2014.
- 3- JAMALL, L. F.; MOHERDAUILL, F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. Revista Saúde Pública, vol 41, Supl. 1, p. 104-110, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6545.pdf>>. Acesso em: 09/01/2014.
- 4- CAMPOS, H. S. Etiopatogenia da tuberculose e formas clínicas. Revista Pulmão RJ, vol 15, nº 1, p. 29-35, 2006. Disponível em: <<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/13404591932.pdf>>. Acesso em: 09/01/2014.
- 5- CAMPOS, H. S. Diagnóstico da tuberculose. Revista Pulmão RJ, vol 15, nº 2, p. 92-99, 2006. Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/revista/2006_15_2/07.pdf>. Acesso em: 09/01/2014.
- 6- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). II Consenso Brasileiro de Tuberculose – Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. Jornal Brasileiro de Pneumologia vol 30, supl 1, junho de 2004. Disponível em: <http://jornaldepneumologia.com.br/PDF/Suple_117_15_2capitulo%202.pdf>. Acesso em: 18/04/2014.
- 7- CAPONE, D.; MOGAMI, R.; LOPES, A. J.; et al. Tuberculose Extrapulmonar. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, vol 5, nº 2 2006. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=234> Acesso em: 18/04/2014.