

Tuberculose endobrônquica

Relato de caso*

A.A. ARANTES¹, P.C. RIBEIRO², F.S. LIMA³, C.A.B. FRANCO³

É apresentado um caso de tuberculose endobrônquica exuberante em paciente do sexo masculino, 29 anos, HIV negativo, sob os aspectos endoscópicos, antes e após a instituição da terapêutica específica. Tendo em vista a alta prevalência da tuberculose infecção/doença em nosso meio e as seqüelas em potencial desta forma de tuberculose, os autores enfatizam a importância do exame endoscópico do aparelho respiratório no diagnóstico, tratamento e acompanhamento das lesões endobrônquicas.

(J Pneumol 1998;24(1):54-56)

Endobronchial tuberculosis. Case report

A case of exuberant endobronchial tuberculosis is presented in a 29-year-old male patient, HIV negative, under endoscopic aspects before and after the institution of a specific therapy. Considering the high tuberculosis infection/disease prevalence in our environment and the potential sequelae of this kind of tuberculosis, the authors emphasize the importance of the respiratory endoscopic examination for the diagnosis, treatment, and follow-up of endobronchial lesions.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 29 anos, natural do Ceará, cozinheiro, residente no Rio de Janeiro há 12 anos, apresentando como queixa principal tosse iniciada há três meses, com expectoração de aspecto mucóide, associada à sibilância torácica à direita, que piorava no período noturno, não manifestando outros sintomas respiratórios ou constitucionais.

Era tabagista – 8 maços/ano e negava qualquer doença prévia, à exceção das viroses comuns da infância. Desconhecia contato com bacilífero ou tossidor crônico.

Ao exame clínico, encontrava-se em bom estado geral, eupnéico, acianótico, normocorado, com estertores de finas bolhas em terço superior do HTD à ausculta respiratória, sem evidências de linfonomegalias ou visceromegalias abdominais.

Siglas e abreviaturas utilizadas neste trabalho

LB – Lavado brônquico

BAAR – Bacilo álcool-acidorresistente

Exames laboratoriais: hemograma completo e bioquímica sérica, normais; anti-HIV, negativo; VHS, elevado (98mm na 1ª hora); PPD, 19mm; baciloscopia de escarro pelo método Ziehl Nilsen, negativo; telerradiografia de tórax: infiltrado em LSD heterogêneo, com áreas de confluência, associado com redução volumétrica deste; tomografia computadorizada de tórax: área de consolidação parenquimatosa com aerobroncograma em LSD e retração das estruturas mediastinais ipsilateralmente; broncofibroscopia (8/4/97): presença de lesões de aspecto ulcerado, esbranquiçadas, friáveis, com bordas elevadas e hiperemia ao redor, medindo de 5mm a 1cm, localizadas em 2/3 distais da traquéia, BFE, BFD e na entrada do BLSd, o qual estava completamente ocluído pela lesão acima descrita (figuras 1 e 2). Foram realizados durante o procedimento lavado brônquico (LB) e várias biópsias das lesões em traquéia e em BLSd. A baciloscopia pelo método Ziehl Nilsen do LB foi positiva ++ e à biópsia evidenciou-se intensa reação inflamatória, com presença de granuloma com necrose de caseificação e de BAAR.

Foi iniciado o esquema RIP, observando-se melhora importante dos sintomas respiratórios, sendo repetida a broncofibroscopia em 27/7/97 com o objetivo de acompanha-

* Trabalho realizado no Serviço de Pneumologia do HUCFF, Setor de Endoscopia Respiratória, UFRJ.

1. Residente 4 do Serviço de Pneumologia do HUCFF/UFRJ.
2. Residente 3 do Serviço de Pneumologia do HUCFF/UFRJ.
3. Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ – Serviço de Pneumologia do HUCFF/UFRJ.

Endereço para correspondência – Av. Brigadeiro Trompowsky, s/nº, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Serviço de Pneumologia, sala 10 E10, Cidade Universitária, Ilha do Fundão – 21941-590 – Rio de Janeiro, RJ.

Recebido para publicação em 16/12/97. Reapresentado em 11/3/98. Aprovado, após revisão, em 13/3/98.

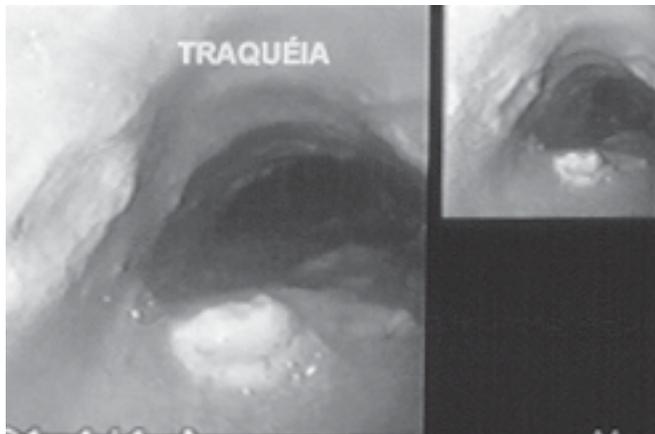


Figura 1

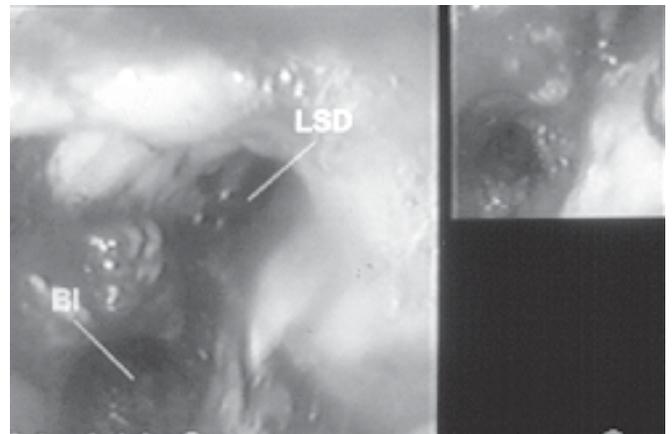


Figura 2

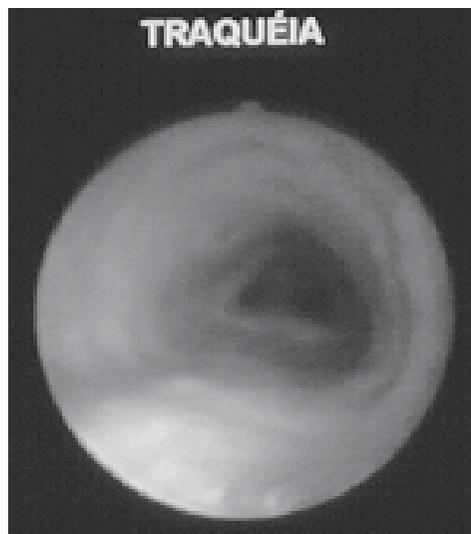


Figura 3

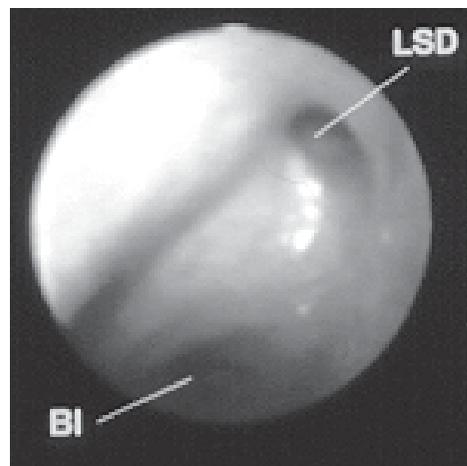


Figura 4

mento das lesões traqueobrônquicas. Evidenciou-se nesse segundo exame regressão importante das lesões, restando apenas hiperemia de grau leve nas áreas anteriormente acometidas e redução concêntrica do orifício de entrada do BLS em cerca de 30%, à custa de estenose (figuras 3 e 4).

DISCUSSÃO

A tuberculose endobrônquica é incomum na população adulta, estando mais freqüentemente relacionada à forma pulmonar primária observada na infância⁽¹⁾. Atualmente, tem havido número crescente de casos, em sua maioria relacionados a indivíduos HIV positivos⁽²⁾. O pico de incidência em adultos situa-se na segunda década, sendo 3,8 vezes mais prevalente no sexo feminino⁽³⁾. A tuberculose endobrônquica pode ser um achado isolado em 10 a 20% dos casos, mas em geral está associada à forma pulmonar. A incidência desse tipo de tuberculose em pacientes portadores de tuberculose pulmonar é observada em cerca de 15% daque-

les submetidos ao exame endoscópico, alcançando percentuais próximos a 40% quando consideramos os casos levados à necropsia^(1,4).

As manifestações clínicas, em geral, são inespecíficas, refletindo a tuberculose pulmonar coexistente. Sua patogênese correlaciona-se à rotura de linfonodos acometidos adjacentes à árvore traqueobrônquica ou à disseminação de lesões parenquimatosas, seja por via hematogênica, linfática ou por contigüidade. Comumente, observam-se à telerradiografia de tórax lesões em parênquima pulmonar, associadas ou não à redução volumétrica, podendo estar normal, contudo, em até 20% dos pacientes. As lesões endoscópicas podem apresentar aspecto necrótico, inflamatório, com hiperemia, edema e friabilidade, podendo ser confundidas com o câncer broncogênico em até 30% dos casos⁽⁵⁾. Edema associado a estreitamento luminal é o achado mais freqüente, sendo o BFD e BLS os locais mais comumente acometidos (em cerca de 30% das vezes)⁽³⁾. O exame endoscópico tem seu valor não apenas no diagnóstico, como também na avaliação, quanto a possível evolução para fibrose;

é considerado o melhor exame com esses fins^(1,6,7). A estenose traqueobrônquica é uma complicação que pode ocorrer nesses pacientes desde 2 a 6 meses após o início da agressão da mucosa pelo bacilo de Koch, até tardiamente, mesmo após o término do tratamento específico. Os sintomas referentes à estenose podem ser de intensidade variável e não estão, obrigatoriamente, relacionados com o grau de redução da luz da via aérea, qualquer que seja seu calibre, como demonstrado por Ip *et al.*⁽⁴⁾. Métodos não invasivos como a telerradiografia de tórax e a alça fluxo-volume têm baixa sensibilidade no que se refere à detecção de áreas de estenose⁽⁴⁾.

Pacientes portadores de tuberculose pulmonar com evidências radiológicas de redução volumétrica deverão ser submetidos ao exame endoscópico do aparelho respiratório com o intuito de descartar a presença da forma endobrônquica. A utilização de corticoterapia tópica ou sistêmica com o objetivo de minimizar ou mesmo evitar as seqüelas, juntamente com as drogas tuberculostáticas, é controversa, haja vista os resultados bastante conflitantes nos diferentes trabalhos relatados^(8,9).

REFERÊNCIAS

1. Hoheisel G, Chan BK, Chan CH, Chan KS, Teschler H, Costabel U: Endobronchial tuberculosis: diagnostic features and therapeutic outcome. *Respir Med* 1994;88:593-597.
2. Calpe JL, Chiner E, Larramendi CH. Endobronchial tuberculosis in HIV-infected patients. *AIDS* 1995;1159-1164.
3. Lee JH, Park SS, Lee DH, Shiu DH, Yang SC, Yoo BM. Endobronchial tuberculosis: clinical and bronchoscopic features in 121 cases. *Chest* 1992; 102:990-994.
4. Ip MS, So SY, Lam WK, Mok CK. Endobronchial tuberculosis revisited. *Chest* 1986;89:727-730.
5. Van den Brande PM, Van de Mierop F, Verbeken EK, Demedts M. Clinical spectrum of endobronchial tuberculosis in elderly patients. *Arch Intern Med* 1990;150:2105-2108.
6. Kim YH, Kim KT, Lee KS, Uh ST, Cung YT, Park CS. Serial fiberoptic bronchoscopic observations of endobronchial tuberculosis before and early after antituberculosis chemotherapy. *Chest* 1993;103:673-677.
7. Kurasawa T. Diagnosis and management of endobronchial tuberculosis. *Intern Med* 1992;31:593-598.
8. Chan HS, Pang JA. Effect of corticosteroids on deterioration of endobronchial tuberculosis during chemotherapy. *Chest* 1989;96:1195-1196.
9. Senderovitz T, Viskun K. Corticosteroids and tuberculosis. *Respir Med* 1994;88:561-565.