



## RELATO DE CASO

### TUBERCULOSE PLEURAL DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO: RELATO DE CASO.

**AUTOR PRINCIPAL:**

ALINE FERNANDA FRIGERI

**E-MAIL:**

[alinefrigeri@yahoo.com.br](mailto:alinefrigeri@yahoo.com.br)

**TRABALHO VINCULADO À BOLSA DE IC::**

Não

**CO-AUTORES:**

ANA CAROLINA ROCHA SCHWEITZER  
ARIANE SPONCHIADO ASSONI

**ORIENTADOR:**

SAULO COCIO MARTINS FILHO

**ÁREA:**

Ciências Biológicas e da Saúde

**ÁREA DO CONHECIMENTO DO CNPQ:**

CIENCIAS DA SAUDE

**UNIVERSIDADE:**

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

**INTRODUÇÃO:**

A Tuberculose pleural é a segunda forma mais comum de infecção extra-pulmonar. Acontece devido a uma reação de hipersensibilidade das micobactérias e antígenos na cavidade pleural. Frequentemente autolimitada, porém alguns casos agravam para empiema podendo ter invasão para nódulos ou ainda disseminar. O Brasil, 22º país em taxa de incidência, prevalência e mortalidade e o 17º país em número de casos entre os 22 países de alta carga de infecção de tuberculose. São registradas cerca 4,6 mil mortes por ano. Sendo a idade média 47 anos (OMS). Quanto aos sinais e sintomas clínicos, a maioria apresenta febre com tosse não produtiva (94%), seguido de dor torácica (78%), sem uma elevação da contagem de leucócitos sanguíneos. Diagnóstico é realizado através de raio x, biópsia pleural, exame histológico e cultura. Em alguns casos como: pacientes com exudato linfocítico e teste tuberculínico positivo, é indicado tratamento mesmo sem um diagnóstico definitivo.

**RELATO DO CASO:**

Masculino, 61 anos, branco, solteiro, agricultor, natural Ibiraiaras, procedente Passo Fundo. Paciente procura o serviço de Pneumologia do Hospital São Vicente de Paulo, referindo dispneia aos mínimos esforços há quatro anos, de evolução gradual nesse período, agravada aos esforços habituais e decúbito dorsal. Acompanhada de tosse matinal produtiva, com expectoração purulenta (marrom escuro) e dois episódios de tosse com expectoração de raias de sangue, referiu também sudorese noturna, dispneia paroxística noturna, adinamia, prostração. Negou emagrecimento e febre. A dispneia é atenuada pelo repouso e ortostatismo. Paciente ex-tabagista (parou há 1 ano e 4 meses), fumou por 45 anos, 60 cigarros por dia, etilista (50 ml de destilado e uma taça de vinho por dia). Atualmente não faz uso de nenhuma medicação. No passado mórbido, pneumonia há 3 anos. Biópsia pulmonar em Maio de 2011 apresentava segmento pulmonar sem particularidades, pesquisa de tuberculose e fungo negativas. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, afebril, mucosas úmidas, coradas, anictéricas e acianóticas, ausência de linfadenomegalias. No exame respiratório: tórax em barril, ausência de retrações, 4 cicatrizes cirúrgicas em hemitórax esquerdo, expansibilidade torácica preservada, frêmito tóraco-vascular diminuído, som claro pulmonar à percussão, murmúrio vesicular diminuído em hemitórax esquerdo e abolido em base esquerda, ausência de ruídos adventícios. Exame físico cardiológico e abdominal sem alterações.

**RELATO DO CASO - CONTINUAÇÃO:**

Nos exames complementares a radiografia de tórax (Junho/ 2012) evidenciou derrame pleural à esquerda. A Gasometria (Junho/ 2012) apresentou pH: 7,43, pCO<sub>2</sub>: 32, pO<sub>2</sub>: 82. Espirometria (Junho/ 2012) sugeriu distúrbio ventilatório moderado, com resposta positiva a broncodilatador. Na biópsia pleural (Junho/ 2012), a pleura apresentavam processo inflamatório crônico ativo, fibrose, ausência de neoplasia, líquido pleural com 99% de linfócitos. Teste para fungo: negativo. Teste para tuberculose: negativo. Apesar da pesquisa de Bacilo Álcool Ácido Reagente (BAAR) ter sido negativa nos fragmentos de pleura, a linfocitose do líquido pleural sugere fortemente tuberculose. Paciente tratado conforme orientação do Ministério da Saúde para tuberculose pleural e notificado adequadamente para a Secretaria da Saúde.

**CONCLUSÃO:**

Por ser uma patologia ainda prevalente no Brasil é essencial que médicos generalistas tenham suspeição de tuberculose pleural quando a sintomatologia é sugestiva, mesmo com biópsia negativa. Pois, como no caso relatado, a clínica é compatível, porém a biópsia não confirmou o resultado, apesar de haver predomínio de linfócitos no líquido pleural.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Tuberculous pleural effusions in HIV-negative patients ; Up to Date, Literature review current through: Aug 2012.  
MINISTÉRIO DA SAÚDE, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Acesso em 29.09.12.  
MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica: Programa de Controle da Tuberculose, 2010.

---

Assinatura do aluno

---

Assinatura do orientador