



Tuberculose disseminada em paciente imunocompetente

Tuberculosis disseminated in immunocompetent patient

Tuberculosis diseminada em paciente imunocompetente

Juliana Bessa Morato¹, Alexsandra Rossi¹.

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso de tuberculose (TB) disseminada em paciente imunocompetente. **Detalhamento do caso:** Paciente do sexo masculino, 33 anos admitido em enfermaria de Infectologia de uma instituição pública. Diagnóstico foi TB pulmonar detectado pelo teste rápido molecular. Queixas principais: tosse há 20 dias sem escarro sanguinolento, perda de peso rápida e dor. Indicação de terapêutica medicamentosa. Na primeira semana paciente manteve quadro inicial, a partir da segunda semana boa evolução. No exame de imagem visualizou-se uma lesão óssea nos corpos vertebrais de T6 e T7. Conduta acompanhamento por ressonância magnética para controle de expansão da lesão. Indicação cirúrgica, no entanto, os cirurgiões ponderaram devido a possibilidade acarretar maiores sequelas para o paciente. Manteve-se o tratamento conservador e acompanhamento ambulatorial. **Considerações finais:** Os diagnósticos diferenciais devem incluir a TB óssea, principalmente nos países em que a doença é endêmica, mesmo na ausência de acometimento do sistema pulmonar e sintomatologia. Nesse caso, o paciente já apresentava desenvolvimento da doença e o diagnóstico diferencial foi importante para iniciar a terapêutica conservadora. O país possui o protocolo de TB, ainda assim existem negligências relacionadas aos cuidados, a prevenção e melhorias em saúde pública.

Palavras-chave: Tuberculose óssea, Imunocompetente, Diagnóstico, Tratamento.

ABSTRACT

Objective: To report a case of disseminated tuberculosis (TB) in an immunocompetent patient. **Case details:** A 33-year-old male patient was admitted to the Infectious Diseases ward of a public institution. The diagnosis was pulmonary TB, detected by rapid molecular testing. Main complaints: cough for 20 days without bloody sputum, rapid weight loss, and pain. Drug therapy was indicated. In the first week, the patient maintained his initial condition, and from the second week onwards, he showed good progress. The imaging exam revealed a bone lesion in the T6 and T7 vertebral bodies. Magnetic resonance imaging was performed to monitor the expansion of the lesion. Surgery was indicated, however, due to the possibility of causing greater sequelae for the patient, the surgeons considered it appropriate. Conservative treatment and outpatient follow-up were maintained. **Final considerations:** Differential diagnoses should include bone TB, especially in countries where the disease is endemic, even in the absence of pulmonary involvement and symptoms. In this case, the patient already had the development of the disease and the differential diagnosis was important to start conservative therapy. The country has a TB protocol, yet there is negligence related to care, prevention and improvements in public health.

Keywords: Bone tuberculosis, Immunocompetent, Diagnosis, Treatment.

RESUMEN

Objetivo: Reportar un caso de tuberculosis (TB) diseminada en un paciente inmunocompetente. **Detalles del caso:** Paciente masculino, 33 años, ingresado en la sala de Infectología de una institución pública. El diagnóstico fue de tuberculosis pulmonar detectada mediante prueba molecular rápida. Principales quejas: tos durante 20 días sin esputo sanguinolento, pérdida rápida de peso y dolor. Indicación de tratamiento farmacológico. En la primera semana el paciente mantuvo su estado inicial y a partir de la segunda semana

¹ Universidade Federal do Tocantins (UFT), Araguaína - TO.

evolucionó favorablemente. El examen de imagen reveló una lesión ósea en los cuerpos vertebrales T6 y T7. Realizar seguimiento por resonancia magnética para controlar la expansión de la lesión. La indicación quirúrgica, sin embargo, fue considerada por los cirujanos debido a la posibilidad de provocar mayores consecuencias para el paciente. Se mantuvo tratamiento conservador y seguimiento ambulatorio. **Consideraciones finales:** El diagnóstico diferencial debe incluir la tuberculosis ósea, especialmente en países donde la enfermedad es endémica, incluso en ausencia de afectación del sistema pulmonar y síntomas. En este caso, el paciente ya estaba desarrollando la enfermedad y era importante el diagnóstico diferencial para iniciar terapia conservadora. El país cuenta con el protocolo de TB, sin embargo hay negligencia en materia de atención, prevención y mejoras en la salud pública.

Palabras clave: Tuberculosis ósea, Inmunocompetente, Diagnóstico, Tratamiento.

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa por agente único, o *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo de Koch). A TB é questão de saúde pública, que atinge uma escala mundial de indivíduos e continua assolando os países em desenvolvimento. É uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Tornou-se um indicador da qualidade de vida da população, e está diretamente relacionada ao desenvolvimento socioeconômico regional. E que pode acometer crianças, adolescentes e adultos. Estima-se que 1/4 dos habitantes no mundo estão infectados. Apesar do que, nem todos os infectados desenvolveram a doença, pois o bacilo pode permanecer no organismo no decorrer de anos, sem que o indivíduo adoça, são casos típicos da infecção latente por tuberculose (MALDONADO R, et al., 2014; MACIEL ELN, et al., 2010; BRASIL, 2019; MORAES AP, et al., 2021; SHARMA SK, et al., 2021; QUADROS JD, et al., 2022).

No entanto, existem alterações no sistema de defesa imunológico das pessoas que propiciem o adoecimento. As doenças como diabetes, infecção pelo HIV/aids, câncer, uso de tabaco estão entre essas alterações que elevam o risco de desencadear a TB. Outras circunstâncias desfavoráveis de vida como desnutrição, situação de rua, privação de liberdade, necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Além das dificuldades de acesso aos serviços de saúde contribuem para maior vulnerabilidade ao adoecimento por TB, como por qualquer outra doença inoportuna, como os pacientes diagnosticados com o COVID-19/SARS-CoV-2 (MORAES AP, et al., 2021; SILVA DR, et al., 2021; MATOS AFM, et al., 2022). O Brasil permanece entre os 30 países de alta carga para a tuberculose e coinfeção tuberculose/AIDS, sendo, portanto, considerado prioritário para o controle da doença no mundo pela Organização Mundial de Saúde (WHO). Os dados do Ministério da Saúde (2021) no Brasil, no ano de 2020, foram registrados 66.819 casos novos da doença e a incidência de 31,6 casos/100 mil habitantes.

A TB tem cura, no entanto o número de abandono do tratamento é um motivo para o número de casos fatais. No ano de 2019, foram notificados cerca de 4,5 mil óbitos pela doença, taxa de mortalidade de 2,2 óbitos/100 mil habitantes (VIVEIROS F, et al., 2013; OMS, 2021; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). A forma clássica e mais frequente de manifestação é a pulmonar, no entanto, existe uma variedade de formas clínicas que são classificadas segundo a região: laríngea, ganglionar periférica, meningoencefálica, óssea, geniturinária, miliar, cutânea e ocular, entre elas a tuberculose óssea ou osteoarticular (TBO). Dessa forma, a alta prevalência da TB, associada à importância do comprometimento ósseo evidenciam a necessidade de prevenção e controle, com medidas direcionadas, condizentes com as particularidades e demandas (PEREIRA JCB, et al., 2008; TELES FILHO RV, et al., 2019). A complexidade do diagnóstico bem como do aparato de exames de imagem/laboratoriais, nem sempre estão disponíveis. Principalmente nos locais afastados das capitais, onde predominam dificuldades de acesso a saúde especializada e a subnotificação. A biópsia óssea tem um valor diagnóstico importante. E ressaltaram que na atenção primária brasileira existem recursos para o rastreamento, diagnóstico e tratamento precoce para a TB pulmonar, no entanto, necessitam de políticas e ações intersetoriais para prevenir sequelas, assim como na TBO (VIVEIROS F, et al., 2013; MORAES AP, et al., 2021). As regiões do corpo humano onde a TBO incide são: a coluna vertebral, a articulação coxofemoral e o joelho, embora possa ocorrer em vários outros locais. A TB espinhal (TBE), ou mal de Pott, corresponde a 1 a 2% dos casos de TB extrapulmonar (TBEx).

Dentre os fatores de risco associados ao desenvolvimento da TBO, chama a atenção aos epidemiológicos, como localização geográfica, faixa etária, tratamento com imunossuppressores, diabetes mellitus e infecção por HIV. A alta prevalência da TB no Brasil e a importância do acometimento ósseo, a prevenção e o controle devem ser consideradas medidas direcionadas para os segmentos sociais, seja por sexo, idade ou condições socioeconômicas com abordagens diferentes, de acordo com as particularidades existentes e relacionadas às realidades de cada região do país (OLIVEIRA MR, et al., 2009; MOURATO T, et al., 2010; TELES FILHO RV, et al., 2019). Estudos epidemiológicos que analisaram a ocorrência de casos de tuberculose óssea notificados no Brasil, ocorreram de 2009 a 2018. Esse estudo foi quantitativo, descritivo e retrospectivo e coletados do SINAN (DATASUS). As variáveis estudadas foram idade, sexo, raça/cor, escolaridade, forma da doença, fatores de risco e macrorregião.

O total de casos diagnosticados com TBO foram 6442. Aproximadamente 41,5% dos casos foram na Região Sul. Os autores relacionaram a possibilidade de que a região teve o maior acesso a serviço especializado que diagnostica e notifica a doença, e assim como a maior densidade geográfica. A faixa etária correspondeu entre 45 a 54 anos, maioria do sexo masculino (66,2%) e com nível baixo de escolaridade, predominância brancos (41,6%) (WIRATNAYA IGE, et al., 2019; MORAES AP, et al., 2021; SILVA DR, et al., 2021). Os resultados apontaram que a maioria dos participantes não faziam uso de álcool (84,7%), 44,8% não eram tabagistas, não usavam drogas ilícitas (47,1%) e não eram soros positivos ao HIV/AIDS (75,5%). Entretanto, 82,5% apresentaram comorbidade, como a diabetes. A maioria dos casos de tuberculose apresenta comorbidades e relação com diabetes, HIV/AIDS tabaco, álcool e drogas ilícitas (MORAES AP, et al., 2021).

Outro estudo com coleta de dados pelo DATASUS, no período de 2010 a 2020, investigaram as variáveis sexo, faixa etária e região geográfica. Os resultados apresentaram que 5,66% dos casos de tuberculose registrados corresponderam à tuberculose óssea. A região Sudeste apresentou maior número absoluto de casos (41,75%). O ano de maior registro ocorreu em 2019. A faixa etária mais acometida foi a de 40 a 59 anos e 65,79% eram do sexo masculino. Enquanto, a prevalência de tuberculose e incidência de suas formas graves e extrapulmonares. E concluíram maior empenho as necessidades de políticas públicas para prevenção e tratamento, e determinar a epidemiologia dos agravos (GRASSI BC, et al., 2022). Diante do exposto, são escassas as pesquisas que relacionassem a tuberculose disseminada na forma óssea articular em pacientes imunocompetentes. Assim, o objetivo desse trabalho foi apresentar o relato de caso de tuberculose disseminada em paciente imunocompetente.

DETALHAMENTOS DO CASO

Um homem de 33 anos no dia 10 de janeiro de 2023 foi admitido no leito de precaução por aerossóis na enfermaria de Infectologia do Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins (HDT-UFT). Paciente diagnosticado com tuberculose disseminada. Esse relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins, sob o CAAE 73684323.3.0000.8102 e parecer 6.415.353. Na admissão a hipótese diagnóstica era uma lesão torácica grave com provável indicação cirúrgica. Os dados coletados no histórico e pelo relato do paciente, foram: profissão lavrador, negou alergias, etilismo e tabagismo; queixas de que há cerca de 3 meses, apresentou cefaleia, náusea, vômitos, astenia e febre intermitente, procurou emergência recebeu atendimento e liberado. A queixa principal de tosse aproximadamente há 20 dias sem escarro sanguinolento, com perda de 9 quilos em 2 meses e dor.

Nos 5 dias anteriores à internação no HDT, esse paciente recebeu atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e após 4 dias transferido para o Hospital Regional de Araguaína. com diagnóstico de tuberculose pulmonar confirmado por TRM-TB (teste rápido molecular para tuberculose). Comorbidades: Doenças reumatológicas (SIC). Para melhor compreensão da evolução clínica do paciente, da prescrição do tratamento padronizado e dos exames realizados foram elaborados os quadros 1 e 2 com as devidas descrições.

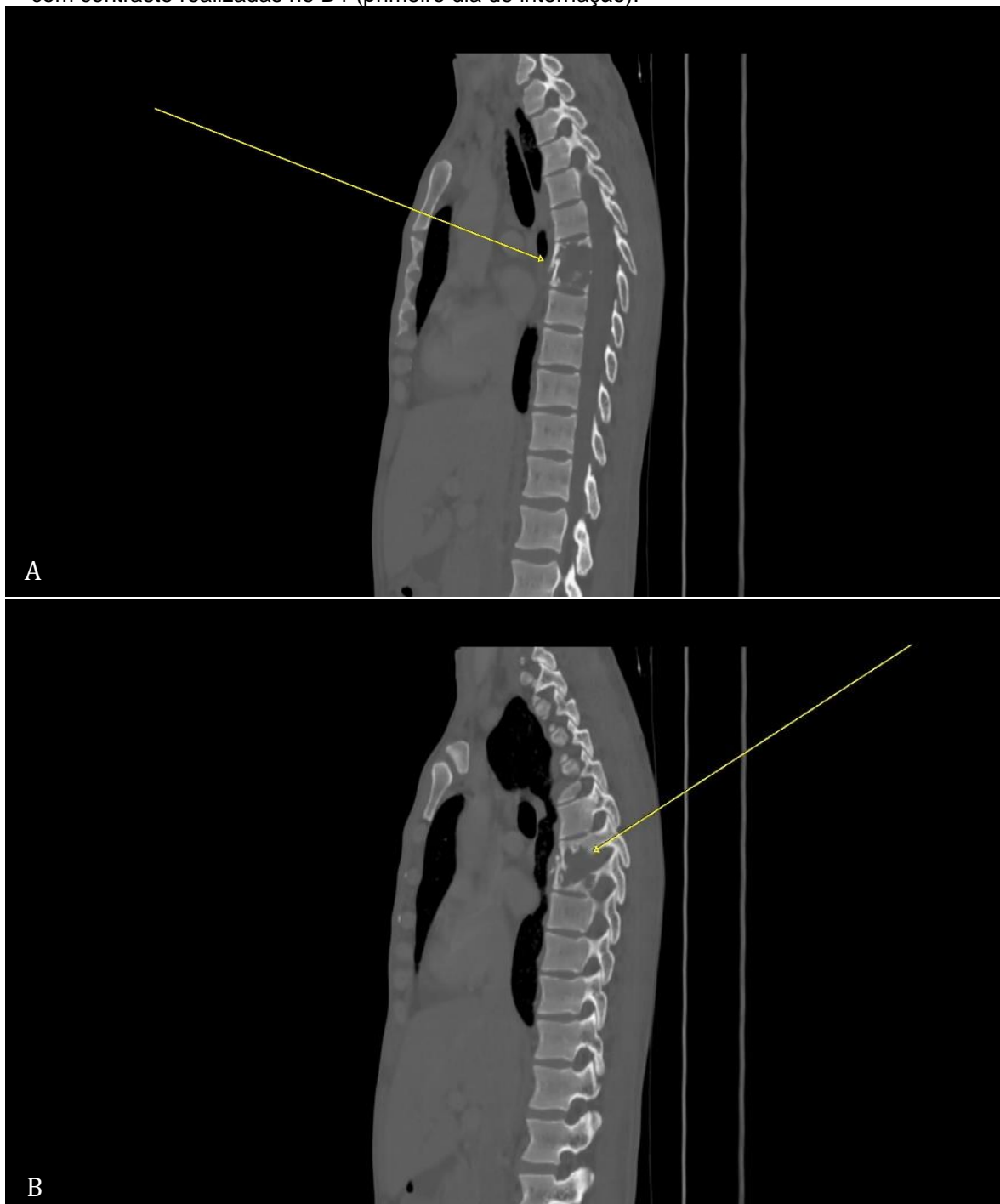
Quadro 1 - Descrição da evolução clínica do paciente e conduta no primeiro dia (D1) ao sétimo dia (D7) de internação.

Dias				
D1	D2	D4	D5	D7
Medicação				
COXIP – 3 cp ao dia. Ceftriaxona 1g 12/12 dia Clarithromicina 500 mg vo 1 cp 12/12 Fluconazol 150 mg (monilíase) Prednisona 50 mg por 4 semanas		-	Fluconazol 150 mg (suspensão)	Piora do quadro clínico: Febre intermitente Suspensos: Ceftriaxona Claritromicina Prescrição: Meropenem 1g 8/8 horas Vancomicina 1g 12/12 horas
Exames				
TRM-TB Detectável sensível a rifampicina	Resultados de exames: Tomografia computadorizada de abdome total – sinais de pielonefrite bilateral, hepatomegalia e pequena quantidade de líquido livre na cavidade peritoneal. Teste rápido de HIV 1 e 2: SNR; VDRL: SNR; HBSAG: SNR; Anti HCV: SNR; Sorologia para calazar: SNR; Teste rápido para leishmaniose visceral: negativo. Teste rápido molecular urina: Inconclusiva; swap de vigilância: negativo.	Pesquisa de fungo no escarro: Positivo, presença de leveduras ovaladas e em brotamento sugestivas de <i>Candida sp</i> ; urocultura: não houve crescimento bacteriano. Hemocultura: Não houve crescimento bacteriano; BAAR (bacilos álcool ácido resistentes) primeira e segunda amostras negativas.	Ultrassonografia de abdome total: hepatomegalia, sem demais alterações.	Tomografia computadorizada de tórax: Volumosa lesão óssea nos corpos vertebrais de T6 e T7, com aspecto lítico, rompimento da cortical óssea, fraturas cominutivas e acentuado realce do saco dural subjacente. Dentro do contexto clínico do paciente, esse achado é sugestivo de espondilite tuberculosa (doença de Pott). Múltiplos micro nódulos pulmonares menores de 2,0 mm, sem calcificação aparente, com distribuição randômica (difusa e bilateral), sugestivos de tuberculose miliar. Irregularidade da interface pleuroparenquimatosa nas porções apicais e posteriores, associada a alterações fibroatelectásicas no parênquima pulmonar adjacente, caracterizadas por opacidades retrateis, distorção arquitetural, redução volumétrica e bronquiectasias, mais evidentes no segmento apical do lobo superior direito. Pequena cavidade aérea no seguimento superior do lobo inferior esquerdo, com paredes finas irregulares medindo cerca de 1,1x1,0 cm. Traqueia e brônquios principais pervios, com trajeto e calibre habituais. Estruturas vasculares mediastinais de trajeto e calibre preservados. Não se observaram

				<p>linfonodomegalias. Demais estruturas mediastinais preservadas.</p> <p>Tomografia computadorizada de abdômen (segunda tomo):</p> <p>Não há dilatação das vias biliares intra e extra-hepática. Pâncreas e baço com morfologia e dimensões e coeficiente de atenuação normais. Rins tópicos com dimensões, contornos e espessura do parênquima normais. Parênquima renal com discretas estrias hipodensas, bilateral, sem nódulos ou cistos. Achado isolado inespecífico. A concentração e a excreção renal ocorreram de forma bilateral e simultânea. Quatro cálculos calcínicos não obstrutivos medindo até 3,8 mm no polo inferior a direita, e 7 no rim esquerdo medindo até 4,2 mm, no polo superior. Ausência de hidronefrose. Glândulas adrenais de topografia, morfologia e dimensões normais. Aorta e cavidade inferior de calibre normal. Ausência de adenomegalias. Alças intestinais sem anormalidades. Bexiga e ureteres normais. Líquido livre na pelve.</p>
--	--	--	--	--

Fonte: Morato JB e Rossi A, 2024.

Figuras 1A e 1B – A lesão em destaque nas imagens de Tomografia Computadorizada de Tórax com contraste realizadas no D1 (primeiro dia de internação).



Fonte: Morato JB e Rossi A, 2024.; Imagens extraídas do prontuário com autorização do paciente.

Na primeira semana não houve melhora significativa na evolução clínica do paciente. O uso da medicação foi contínua de acordo o **Quadro 1**, e com seguimento da fisioterapia motora. A queixa principal do paciente estava relacionada a dor na região acometida, ou seja, na lesão óssea nos corpos vertebrais de T6 e T7, como sequela da doença piorava com o movimento e em decúbito dorsal. Não foi realizada biópsia, pois o exame de imagem foi suficiente para diagnóstico de tuberculose óssea. No sétimo dia (D7) o paciente apresentou piora com febre intermitente. Nos casos de tuberculose existem os casos de persistência da febre, quadro esperado e que permaneça por aproximadamente até 20 dias após o início do tratamento.

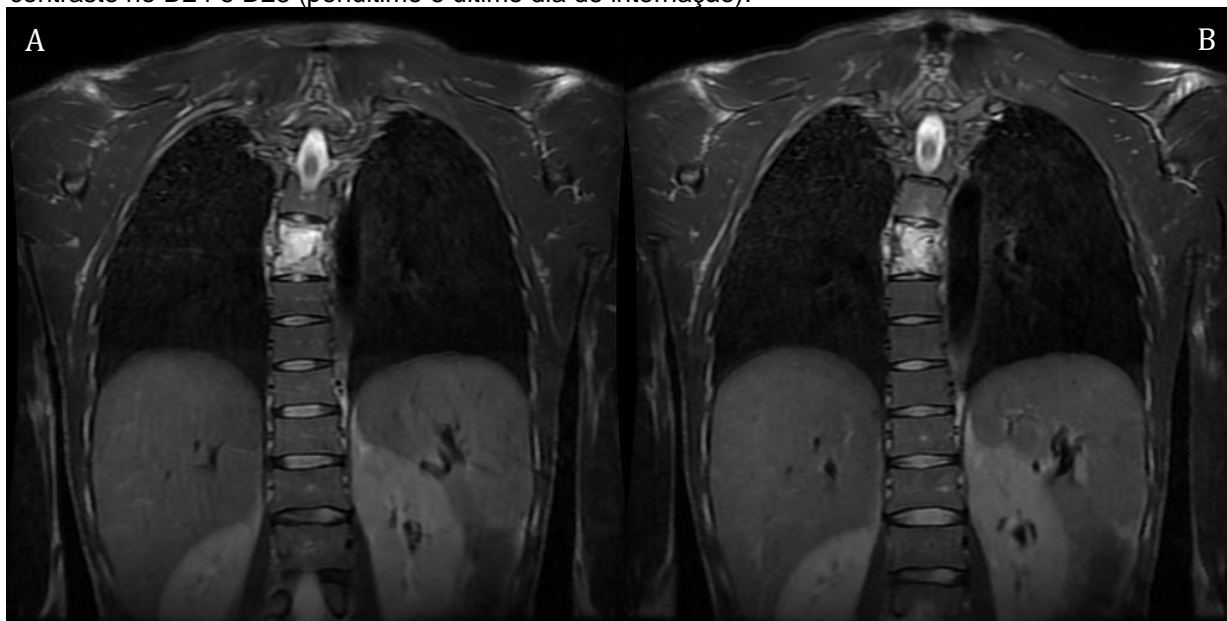
Quadro 2 - Descrição da evolução clínica do paciente e conduta do 9º dia (D9) de internação a alta hospitalar.

Dias Internação	Medicação	Exames
D9	-	RM coluna torácica – sinais de espondilodiscite centrada no espaço discal no nível D6-D7, com coleção de extensão difusa para os respectivos corpos vertebrais superior e inferiormente, assim como articulação costovertebral esquerda. Alteração de sinal nos corpos vertebrais de D2 e D3, podendo corresponder a processo inflamatório/acometimento infeccioso. Observa-se hipersinal na sequência ponderada em STIR nos corpos vertebrais de D6 e D7, bem como nos seus pedículos e porção posterior dos respectivos arcos costais, correspondendo padrão de edema ósseo.
D10	Amitriptilina 25 mg (8/8 horas)	-
D11 ao D16	Manutenção	-
D17	Prednisona 40 mg	-
D24	-	<p>RM coluna torácica:</p> <p>Persiste os sinais espondilodiscite centrada no espaço discal no nível D6-D7. Houve discreta redução da coleção de extensão difusa para os respectivos corpos vertebrais superior e inferiormente, assim como articulação costovertebral esquerda. Há rotura cortical com extensão para a medular óssea, determinando redução da altura dos corpos vertebrais e acentuação da cifose dorsal. Destaca-se obliteração dos forames intervertebrais bilaterais, notadamente a direita. A coleção mede cerca de 1,5x1,8x1,6 cm (média 2,1x1,6x1,9 cm) (CCxAPxLL), com volume estimado em 2,2 cm³. Observa-se hipersinal na sequência ponderada em STIR nos corpos vertebrais de D6 e D7, bem como nos seus pedículos e porção posterior dos respectivos arcos costais, correspondendo padrão de edema ósseo. Alteração de sinal dos corpos vertebrais de D2 e D3, podendo corresponder a processo inflamatório/acometimento infeccioso.</p>
D25	-	<p>RM coluna torácica:</p> <p>Persiste os sinais espondilodiscite centrada no espaço discal no nível D6-D7. Houve redução da coleção de extensão difusa para os respectivos corpos vertebrais superior e inferiormente, assim como articulação costovertebral esquerda. Há rotura cortical com extensão para a medular óssea, determinando redução da altura dos corpos vertebrais e acentuação da cifose dorsal. Destaca-se obliteração dos forames intervertebrais bilaterais, notadamente a direita. A coleção mede cerca de 1,2x1,0x1,3 cm (média 1,5x1,8x1,6 cm) (CCxAPxLL), com volume estimado em 1,0 cm³ (no estudo pregresso era 2,2 cm³). Observa-se hipersinal na sequência ponderada em STIR nos corpos vertebrais de D6 e D7, bem como nos seus pedículos e porção posterior dos respectivos arcos costais, correspondendo padrão de edema ósseo. Esses corpos vertebrais encontram-se fusionados, destacando retro pulsão do muro posterior de D6 em direção ao canal medular estimada.</p>

Fonte: Morato JB e Rossi A, 2024.

A melhor resposta terapêutica foi constatada a partir da segunda semana de internação. Para controle da lesão foram realizadas ressonância magnética no D9, D24 e D25 com o objetivo de certificar que a lesão não expandisse, comprometesse e impedisse cada vez mais os movimentos do paciente.

Figuras 2A e 2B - Principais imagens realizadas da Ressonância Magnética de Coluna Dorsal com contraste no D24 e D25 (penúltimo e último dia de internação).



Fonte: Morato JB e Rossi A, 2024.; imagens extraídas do sistema de radiologia com a devida autorização do paciente.

A melhor resposta terapêutica foi constatada a partir da segunda semana de internação. Para controle da lesão foram realizadas ressonância magnética no D9, D24 e D25 com o objetivo de certificar que a lesão não expandisse, comprometesse e impedisse cada vez mais os movimentos do paciente.

Conduta de encaminhamento do paciente ao Serviço de Neurocirurgia:

O paciente foi transferido para o Hospital de Referência de Araguaína (HRA) para avaliação da neurocirurgia com lesão estabilizada. A terapêutica foi mantida na alta hospitalar com RHZE (Rifampicina/Isoniazida/Pirazinamida/Etambutol, um comprimido três vezes ao dia 3 (início no D2); Prednisona 30 mg (um comprimido ao dia); Amitriptilina 25 mg (um comprimido de 8 em 8 horas). Na avaliação da neurocirurgia optaram pelo tratamento conservador. A intervenção cirúrgica possivelmente acarretaria maiores sequelas para o paciente. A conduta foi de manter o paciente em acompanhamento no ambulatório de infectologia do Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins para monitoramento da tuberculose, melhor possibilidade de o paciente aderir o seguimento do tratamento. Esse caso foi acompanhado de acordo com os protocolos do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil/MS (2019).

DISCUSSÃO

A TB é um importante problema de saúde. Na literatura analisada a manifestação mais comum dessa infecção foi a TB pulmonar, mas outras formas foram apresentadas. Camargo DB, et al. (2023) destacaram que a doença continua sendo preocupação emergente, mas menosprezada no Brasil. O acometimento da coluna é responsável aproximadamente por 50% das infecções esqueléticas por TB e 1-2% dos pacientes infectados. A literatura sugere a biópsia da lesão óssea, da sinóvia ou da massa de tecido mole necessária para esclarecer o diagnóstico. Esses autores apresentaram um relato de caso semelhante ao apresentado, no qual realizaram a biópsia óssea. No entanto, no presente caso, não houve indicação em decorrência do diagnóstico bem definido pelo teste rápido molecular e de imagens que demonstraram as extensões das lesões nas vertebrae T6 e T7. Os testes de HIV e COVID-19 desse paciente foram negativos. No entanto, no estudo polonês de Ovcharuk D, et al. (2023) apresentaram um relato de caso de TB disseminada associada ao HIV e COVID-19 com choque séptico. Nesse estudo o paciente não estava anteriormente sob qualquer

TARV (terapia antiretroviral) e não tinha conhecimento do seu estado soropositivo para o VIH/SIDA, esses são casos mais graves exigindo uma multiterapêutica.

Existem os casos atípicos como descritos por Daripa B e Kuma A (2022), dois estudos de caso. O primeiro de uma mulher de 65 anos sem histórico de dor abdominal sem comorbidades. A maioria dos exames laboratoriais realizados se encontravam na normalidade. No entanto, os níveis de VHS (Velocidade de Hemossedimentação) estavam notavelmente elevados. O escarro foi negativo para bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) e a radiografia de tórax não foi notável. Realizada a ressonância magnética torácica que surpreendentemente revelou lesão óssea no corpo vertebral D8 sugestiva de TB espinhal. O QuantiFERON-TB (teste laboratorial que analisa a resposta do sistema imune ao *Mycobacterium tuberculosis*) também relatou alta positividade. O segundo caso foi um homem de 76 anos com queixa abdominal, hipertenso e sem outras comorbidades. Os exames laboratoriais normais com exceção dos níveis de VHS do paciente estavam muito altos. O escarro testou negativo para bacilos álcool-ácido resistentes com um raio-X de tórax normal. A radiografia abdominal e torácica e a ultrassonografia abdominal completa estavam normais, sem cálculos. O raio-X da região toracolombar revelou vértebras torácicas D11 comprimidas. A triagem por ressonância magnética de toda a coluna relatou fratura vertebral compressiva D7 e D11 com compressão leve da medula espinhal/compressão da raiz espinhal. O QuantiFERON-TB exibiu positividade muito alta, sugestiva de infecção por tuberculose.

Esses autores consideraram que esses casos foram atípicos de tuberculose espinhal relatadas até aquele momento. Esses dois casos eram os únicos, pois evidenciaram o entendimento da apresentação abdominal da TB espinhal, apesar de nenhuma patologia abdominal. No primeiro caso, a tomografia computadorizada relatou anatomia abdominal normal, mas perdeu os achados das vértebras torácicas. A TB espinhal é geralmente vista nas vértebras torácicas inferiores e lombares superiores. Nessa paciente a lesão da medula espinhal no nível torácico provocou as dores abdominais. Os casos dúbios, na investigação das formas extrapulmonares ou nas formas pulmonares que se apresentam imagens radiológicas difusas tem indicação para biopsia pulmonar. E ressaltaram que nos casos de apresentação atípica é importante o diagnóstico oportuno para evitar potenciais deformidades ósseas, déficits neurológicos e sequelas irreversíveis, como paraparesia. A possibilidade do diagnóstico diferencial e as queixas do paciente deve ser considerados. Os sintomas progressivos lentamente e podem ser confusos.

Para Sharma SK, et al. (2021) o acompanhamento de pacientes com EPTB é essencial, pois o período de tratamento é geralmente prolongado, requer o reconhecimento do desenvolvimento de reconstituição imunológica e síndrome inflamatória (IRIS), monitoramento de eventos adversos e eventos graves. Devido ao estágio avançado da doença o tratamento foi focalizado no controle da lesão e da TB. Em conformidade com o caso relatado, o paciente recebeu alta hospitalar para acompanhamento e seguimento ambulatorial, com boa manutenção de adesão ao tratamento Posteriormente, Wiratnaya IGE, et al. (2019), relataram dois casos de osteomielite tuberculosa imitando um tumor ósseo lítico. E reforçaram que TB óssea deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais, principalmente nos países em que a doença é endêmica, mesmo na ausência de acometimento do sistema pulmonar e dos sintomas constitucionais da TB. No relato de caso apresentado, o paciente já apresentava desenvolvimento da doença e o diagnóstico diferencial foi importante para iniciar a terapêutica. O tratamento foi o conservador, não há consenso de indicação cirúrgica nos casos de lesão grave, como comprometimento da coluna vertebral.

No estudo americano de Qian X, et al. (2018), sugeriram que dados populacionais poderam identificar os fatores de risco epidemiológicos, novas informações serão úteis no gerenciamento de pacientes com tuberculose disseminada extrapulmonar (TBEP). Os resultados apontaram que mulheres com idade igual ou maior que 45 anos, HIV⁺ e doença renal em estado terminal possuíam maior risco de TBEP e de mortalidade durante o tratamento. Embora o paciente do caso relatado foi negativo ao HIV, o estudo de Qian X, et al. (2018) alertaram para importância à atenção dos profissionais de saúde para identificação imediata de pacientes que apresentam TB e HIV⁺ para direcionarem as condutas de tratamento. A necessidade de investigação minuciosa pode não fazer parte da realidade de muitas instituições de saúde no Brasil, apesar do Serviço Único de Saúde oferecer diversos exames e procedimentos, pois alguns serviços não contam com

boa estrutura para realização de diagnósticos. O caso relatado foi admitido no hospital de referência e com capacidade de realizar os exames mais importantes, no entanto ainda pela alta incidência de TB no Brasil, os casos disseminados não são relatados. O país possui o protocolo de TB, ainda assim existem negligências relacionadas aos cuidados, a prevenção e melhorias em saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Ministério da Saúde. 2019. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_e_d.pdf. Acessado em: 26 de junho de 2024.
2. CAMARGO DB, et al. Tuberculose Óssea em Coluna Lombar (Mal De Pott), Com Apresentação Atípica. *Braz J Infect Dis*. 2023; 27(1): 102812.
3. DARIPA B e KUMAR A. A case report of rare presentation and delay in the diagnosis of neuropathic abdominal pain secondary to asymptomatic pott's spine in elderly patients. *Cureus*, 2022; 14(1): 21399.
4. GRASSI BC, et al. Perfil Epidemiológico e Prevalência de Tuberculose Óssea entre 2010 e 2020. *Braz J Infect Dis*. Elsevier, 2022; 26: 101736.
5. MACIEL ELN, et al. Efeitos adversos causados pelo novo esquema de tratamento da tuberculose preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil. *J Bras Pneumol*, 2010; 36(2): 232-238.
6. MALDONADO R, et al. Tuberculosis the great simulator, really is lupus? A clinical case report. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2014; 12(1): 337.
7. MATOS AFM, et al. Perfil epidemiológico da tuberculose no brasil em 2021. *Brazilian journal of infectious diseases*, 2022; 26: 15.
8. MORAES AP, et al. Notificação de 6442 Casos de tuberculose óssea no Brasil: Perfil epidemiológico de 2009 a 2018. *Coluna/Columna*, 2021; 20(2): 105-8.
9. MOURATO T, et al. Tuberculose musculoesquelética – A propósito de um caso clínico. *Revista Portuguesa de Reumatologia*, 2010; 16(1).
10. OLIVEIRA MR, et al. Tuberculose refratária disseminada com acometimento do tendão bicipital em paciente imunocompetente. *Rev Bras Ortop*. 2009; 44(3): 254-9.
11. OMS. Mortes por tuberculose aumentam pela primeira vez em mais de uma década devido à pandemia de COVID-19. Organização Mundial De Saúde. 2021. <https://www.paho.org/pt/noticias/14-10-2021-mortes-por-tuberculose-aumentam-pela-primeira-vez-em-mais-uma-decada-devido>.
12. OVCHARUK D, et al. Septic Shock in the Course of Disseminated Tuberculosis in A COVID-19 Positive Patient with Concomitant AIDS. *European Journal of Medical and Health Sciences*, 2023; 5(2).
13. PEREIRA JCB, et al. Tuberculose Disseminada – Caso clínico e discussão. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 2008; 14(4).
14. QUADROS JD, et al. Tuberculose na atenção primária: desafios e potencialidades identificados pelas coordenações regionais de atenção básica do Rio Grande do Sul. *Saberes Plurais: Educ. Saúde*, 2022; 6(2).
15. QIAN X, et al. Risk factors for extrapulmonary dissemination of tuberculosis and associated mortality during treatment for extrapulmonary tuberculosis. *Emerging Microbes & Infections*, 2018; 7(102).
16. SHARMA SK, et al. Extrapulmonary tuberculosis. *Expert Rev Respir Med*, 2021; 15(7): 931-948.
17. SILVA DR, et al. Diagnosis of tuberculosis: a consensus statement from the Brazilian Thoracic Association. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2021; 47.
18. SILVA DR, et al. Tuberculose e COVID-19, o novo dueto maldito: quais as diferenças entre Brasil e Europa? *J Bras Pneumol*. 2021; 47(2): 20210044.
19. TELES FILHO RV, et al. Perfil epidemiológico da tuberculose óssea no Brasil, 2001-2017. *Rev Med. São Paulo*, 2019; 98(5): 315-23.
20. VIVEIROS F, et al. Adesão ao rastreio e tratamento da tuberculose em doentes infetados com o vírus da imunodeficiência humana. *Rev Port Pneumol*. 2013; 19(3): 134-138.
21. WIRATNAYA IGE, et al. Osteomielite tuberculosa imitando um tumor ósseo lítico: Relato de dois casos e revisão da literatura. *Rev Bras Ortop*, 2019; 54(6).