

### TUBERCULOSE GANGLIONAR PERIFÉRICA – ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS<sup>1</sup>

#### PERIPHERIC GANGLIONAR TUBERCULOSIS: CLINICAL AND EPIDEMIOLOGIC ASPECTS<sup>1</sup>

Andréa Luzia Vaz PAES<sup>2</sup>, Frederico Jorge RODRIGUES NETO<sup>3</sup> e José Ribamar Trindade SALES FILHO<sup>3</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** avaliar o perfil epidemiológico, clínico e laboratorial de uma amostra da população com diagnóstico de tuberculose ganglionar no Estado do Pará. **Método:** a amostra se constituiu de 53 pacientes com diagnóstico de tuberculose ganglionar, atendidos no Serviço de Infectologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto em Belém, Pará, período de janeiro de 2002 a abril de 2005. O diagnóstico dos pacientes foi feito através de biópsias ganglionares, pesquisa de BAAR, cultura de *Mycobacterium tuberculosis* ou por outros critérios. **Resultados:** observado predomínio de homens (3,8:1) e de cor parda (43,4%) entre 20-29 anos (32%); as manifestações clínicas mais comuns foram febre e emagrecimento; todos apresentavam adenopatia periférica, sendo as cadeias cervicais as mais acometidas; em 37 pacientes se realizou sorologia anti-HIV, dos quais 21 eram soropositivos; dentre as biópsias ganglionares realizadas, 83,14% apresentavam aspecto histopatológico compatível com tuberculose ganglionar. **Conclusão:** a tuberculose ganglionar periférica acometeu mais homens em plena fase produtiva. Notou-se, também, uma sugestiva correlação entre a tuberculose ganglionar e a Aids quanto a um pior prognóstico da doença.

**DESCRITORES:** tuberculose, gânglios, linfonodos.

#### INTRODUÇÃO

A tuberculose é responsável pela morte de 3 milhões de pessoas por ano em todo o mundo.<sup>1</sup> O Brasil ocupa a 15ª posição entre os 22 países que abrigam cerca de 80% de todos os casos de tuberculose no mundo, alcançando níveis epidemiológicos considerados emergenciais pela Organização Mundial de Saúde (OMS).<sup>2,3</sup>

Dentro desse contexto, merece especial atenção a forma ganglionar da tuberculose, descrita como a forma mais frequente de tuberculose extra-torácica, constituindo a linfadenite crônica mais importante.<sup>4</sup>

Nos últimos anos observou-se um aumento na incidência de tuberculose ganglionar em vários estudos, alguns dos quais relacionaram esse achado com a epidemia de AIDS.<sup>5,6</sup>

Segundo Oliveira e Santos (2001), em um estudo de uma população de 930 pacientes com tuberculose em Belém, quase 17,9% apresentavam a forma

ganglionar desta doença, o que coloca Belém e, por extensão, o Pará com uma prevalência significativa desta infecção.<sup>7</sup>

Isso serve de alerta quanto à necessidade de um melhor conhecimento clínico-epidemiológico desta doença no Estado do Pará, o que poderá servir de auxílio para diferenciá-la de outras doenças com manifestações clínicas semelhantes, bem como para a prevenção e um melhor controle e acompanhamento desta doença.

#### OBJETIVO

Avaliar o perfil epidemiológico, clínico e laboratorial de uma amostra da população com diagnóstico de tuberculose ganglionar no Estado do Pará.

#### MÉTODO

Todos os pacientes desta pesquisa foram estudados, segundo os preceitos da Declaração de

Recebido em 18.05.2006 - Aprovado em 16.08.2006

<sup>1</sup> Trabalho de realizado no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB –PA)

<sup>2</sup> Professora Assistente da Universidade do Estado do Pará. Infectologista do HUIBB

<sup>3</sup> Doutorando em Medicina pela Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 196/96) do Conselho Nacional de Saúde, após aprovação do projeto pelo Núcleo de Pesquisa e Extensão em Medicina e Comissão de Ética da UEPA e autorizado pelo diretor clínico do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB).

Realizado um estudo descritivo e transversal de uma amostra de 53 pacientes com diagnóstico de tuberculose ganglionar, atendidos no Serviço de Infectologia do HUIBB, período de janeiro de 2002 a abril de 2005.

O HUIBB é centro de referência no Pará para tratamento de doenças infecciosas, incluindo as formas graves de tuberculose, tendo sido, por isso, escolhido como local para a realização desta pesquisa.

Os critérios de inclusão diagnóstica adotados foram:

1- pacientes que tiveram seus diagnósticos confirmados por biópsia ganglionar e/ou pesquisa de BAAR com ou sem cultura de *M. tuberculosis*;

2- pacientes com quadro clínico fortemente sugestivo de tuberculose ganglionar, associado a um dos critérios propostos por Picon e col. (1993), (teste tuberculínico positivo em criança, biópsia de gânglio linfático sugestiva de tuberculose com teste tuberculínico positivo e tuberculose pulmonar ou extrapulmonar comprovada), ou a, pelo menos, dois dos seguintes critérios: PPD forte reator em adultos, biópsia ganglionar sugestiva de tuberculose, história recente de tuberculose não tratada adequadamente, radiografia de tórax sugestiva de tuberculose e teste terapêutico positivo.

Neste estudo foram incluídos pacientes de ambos os sexos, faixa etária de 4 a 75 anos e excluídos os pacientes que não se enquadravam nos critérios já referidos, aqueles encaminhados de outros Estados, além daqueles já em tratamento para tuberculose ganglionar que foram internados por outro motivo, bem como, aqueles tuberculosos com ausência de manifestações clínicas em gânglios periféricos.

A amostra foi conseguida no banco de informações do Departamento de Arquivo Médico e Estatística (DAME) do HUIBB, onde foi feita uma pesquisa sobre os pacientes atendidos no período citado que receberam diagnóstico de tuberculose ganglionar, sendo encontrados 53 pacientes diferentes.

Elaborados fichas (em anexo) com os dados dos pacientes, as quais foram preenchidas a partir das informações contidas nos prontuários.

## RESULTADOS

**TABELA I** – Distribuição dos pacientes estudados segundo as características epidemiológicas

Características	Pacientes (n=53)	
	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino*	42	79,25
Feminino	11	20,75
<b>Cor</b>		
Pardo*	23	43,40
Branco	2	3,77
Negro	3	5,66
Indígena	1	1,89
Não especificado	24	45,28
<b>Idade</b>		
0 - 9	04	7,55
10-19	08	15,09
20-29*	17	32,08
30-39	15	28,30
40-49	03	5,66
50-59	03	5,66
60 +	03	5,66
<b>Procedência</b>		
Belém*	28	52,83
Ananindeua	07	13,21
Outros municípios	18	33,96

**FONTE:** Prontuário dos pacientes/HUIBB-Belém-Pa

\*p<0,05 (Teste Qui-quadrado:Aderência)

**TABELA II** - Distribuição dos pacientes com tuberculose ganglionar, segundo a manifestação clínica

Manifestações Clínicas	Frequência	%
Adenopatia	53	100,0
Febre	41	77,36
Emagrecimento	34	64,15
Fistulização ganglionar	24	45,28
Tosse (produtiva sem hemoptise)	20	37,74
Hepatomegalia (discreta)	09	16,98
Disfagia / Odinofagia	07	13,21
Anorexia	07	13,21
Tosse seca	06	11,32
Dor torácica	05	9,43
Tosse (produtiva com hemoptise)	05	9,43

**FONTE:** Prontuário dos pacientes/HUIBB-Belém-Pa

\*p<0,05 (Teste Qui-quadrado:Aderência)

**TABELA III** - Distribuição dos pacientes com tuberculose ganglionar, segundo cadeia ganglionar mais acometida

Sítio	Total	%
Cervical	49	92,45
Axilar	15	28,30
Inguinal	05	9,43
Supravicular	08	15,09
Submandibular	05	9,43

**FONTE:** Prontuário dos pacientes/HUIBB-Belém-Pa

\*p<0,05 (Teste Qui-quadrado:Aderência)

**TABELA IV** - Distribuição dos pacientes com tuberculose ganglionar, segundo sorologia anti-HIV

Sorologia	Frequência	%
HIV +	21	39.62
HIV -	16	30.19
Não realizado	16	30.19
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100.0</b>

**FONTE:** Prontuário dos pacientes/HJBB-Belém-Pa

p>0,05 (Teste Qui-quadrado:Aderência)

p=0,62

**TABELA V** - Distribuição dos pacientes com tuberculose ganglionar, segundo o critério de avaliação diagnóstica

Critério de avaliação diagnóstica	Frequência	%
Quadro clínico sugestivo de tb gg	53	100.00
Prova terapêutica	47	88.68
Biópsia gg sugestiva de tb gg	22	41.51
PPD forte reator	22	41.51
Rx-tórax suspeito	11	20.75
Escarro +	10	18.87
Tb não tratada	11	20.75
BAAR de secreção ganglionar +	9	16.98
Cultura de Bk+	3	5.66

**FONTE:** Prontuário dos pacientes/HUJBB-Belém-Pa

\*p<0,05 (Teste Qui-quadrado:Aderência)

Tb-Tuberculose; gg-ganglionar

A cultura para crescimento de bacilo de Koch foi positiva em 3 casos e, à coloração, encontrou-se BAAR positivo em 9 pacientes. Das biópsias ganglionares, realizadas em 28 pacientes, 78,57% apresentavam aspecto histopatológico compatível com tuberculose ganglionar (TABELA V). O tipo mais, frequentemente, encontrado foi linfadenite crônica granulomatosa com necrose caseosa central ou tipo tuberculóide.

## DISCUSSÃO

Na amostra estudada a relação homem/mulher evidenciou um forte predomínio de homens. Esse achado não está em harmonia com Pimentel e col. (1991)<sup>5</sup>, que num estudo com 21 pacientes portadores de tuberculose ganglionar encontraram um predomínio do sexo feminino (76,2 %). Porém, em estudo mais recente realizado por Castello Branco e col. (2001)<sup>4</sup> com 76 pacientes portadores de TGP, notou-se um discreto predomínio de pacientes do sexo masculino (56,58%). Já, Nicol et al. (1997)<sup>8</sup>, em um estudo envolvendo 43 pacientes com tuberculose ganglionar relatou um predomínio do sexo feminino (85,7%) nos pacientes sem HIV1 e predomínio de pacientes do sexo masculino (88,8%) nos pacientes com HIV1, associado à tuberculose ganglionar. Além disso, a literatura mais recente, no geral, ressalta o predomínio de homens nos casos de tuberculose doença.<sup>9,10</sup>

Os dados desta pesquisa podem ser justificados, por um lado, pelo predomínio de homens entre os casos de AIDS que foi de 2:1, no Brasil, no ano 2000<sup>11</sup>, e é sabido que a imunodeficiência causada por esta doença predispõe a formas extrapulmonares da tuberculose.<sup>12,13</sup> De qualquer modo, uma combinação de fatores biológicos e comportamentais podem ser responsáveis por esta relação.

Constatou-se entre os pacientes deste estudo, u'a média de idade em torno de 29,7 anos, o que está de acordo com a literatura que cita como faixa etária de maior frequência dos 20 aos 40 anos de idade.<sup>5,14</sup> A frequência elevada de tuberculose ganglionar nesta faixa etária, pode estar relacionado ao estilo de vida de adultos jovens, onde o convívio social é maior, bem como a promiscuidade, o que resulta em maior exposição ao *M. tuberculosis* e ao HIV.

A maior frequência de pardos na amostra estudada deve estar relacionada ao perfil da população do Pará quanto à cor, que possui significativa parcela da população de cor parda, e, não necessariamente, à predisposição racial para tuberculose ganglionar.

As manifestações clínicas mais frequentemente encontradas nesta pesquisa (febre e emagrecimento) também foram relatadas por Pimentel e col.(1991)<sup>5</sup>, como uns dos mais freqüentes em pacientes com tuberculose ganglionar. A literatura sempre cita estes sintomas como sendo comuns na tuberculose-doença. A perda ponderal é relatada como aparecendo em 69% dos casos de tuberculose-doença, o que se aproxima do resultado da presente pesquisa (64,15%)<sup>15</sup>.

As cadeias ganglionares mais acometidas foram as cervicais, seguidas pelas supraclaviculares e axilares, o que está de acordo com o escrito por Ribeiro e col. (1997).<sup>14</sup> As cadeias cervicais foram as mais acometidas, em concordância com vários estudos<sup>4, 5, 8</sup> Essa preferência da TGP, provavelmente, deve-se ao grande número de gânglios nesta região e à possível disseminação de um foco primário inicialmente localizado no anel de Waldeyer.<sup>16</sup>

Notamos neste estudo que a maioria dos pacientes com tuberculose ganglionar que foram submetidos à sorologia anti-HIV, eram HIV positivos. Esta predominância de soropositivos em pacientes com tuberculose ganglionar está em harmonia com o estudo feito por Belo e cols. (1996)<sup>6</sup> que, numa amostra de 36 pacientes com diagnóstico de tuberculose ganglionar, descobriram que 31 (86%) eram HIV positivos. Neste mesmo estudo, a linfadenopatia cervical isolada foi encontrada em 12 pacientes, dos quais 11 eram soropositivos.

Esta relação é explicada pela diminuição das células CD4 pelo processo fisiopatológico da AIDS, sendo esta célula considerada a principal responsável pela regulação da resposta imune ao bacilo da tuberculose.<sup>13,14</sup> Com a progressão da deficiência imunológica, em consequência da queda das células CD4, aumenta a incidência de casos de tuberculose extrapulmonar, verificando-se um freqüente comprometimento dos gânglios linfáticos, usualmente com comprometimento pulmonar associado.<sup>13</sup>

Desta forma, os dados da presente pesquisa tornam indissociáveis à tuberculose ganglionar e a Aids, reforçando a importância de que todos os pacientes com tuberculose ganglionar sejam submetidos a um teste anti-HIV, uma vez que o diagnóstico da co-infecção tem implicações terapêuticas (indicação de iniciar terapia antiretroviral e prolongamento do esquema tuberculostático) e o seu tratamento precoce pode prolongar a sobrevivência destes pacientes.<sup>6</sup> Porém, esta triagem sorológica não foi feita em 16 pacientes desta amostra, todos internados, alguns dos quais possuíam até lesões sugestivas de imunodeficiência como monilíase oral.

Quanto aos critérios utilizados para o diagnóstico de tuberculose ganglionar a literatura cita como principais a pesquisa de BAAR e cultura para BK no material retirado do gânglio, através de punção aspirativa ou biópsia ganglionar com estudo histopatológico, sendo que quando a histopatologia evidencia granuloma com necrose de caseificação, pode-se sugerir o diagnóstico de tuberculose<sup>14,15</sup>. Esses métodos diagnósticos foram realizados em 38 dos 53 pacientes, tendo sido confirmatórios ou fortemente sugestivos em 31 casos.

Entretanto, como nem sempre, é possível um diagnóstico definitivo pela bacteriologia ou histopatologia, Piccon e col. (1993)<sup>17</sup> propõem os

seguintes critérios diagnósticos clínico-laboratoriais, a partir dos quais pode-se aceitar como um caso provável de tuberculose ganglionar: a) quadro clínico com adenopatias sugestiva de TGP associada a teste tuberculínico positivo em criança; b) biópsia de gânglio linfático sugestiva de tuberculose com teste tuberculínico positivo; c) tuberculose pulmonar ou extrapulmonar comprovada. Nota-se, porém, que alguns pacientes com história recente de tuberculose não tratada de forma adequada (tratamento irregular, abandono, etc.), com radiologia torácica sugestiva de tuberculose, PPD positivo ou biópsia ganglionar sugestiva acabam não se enquadrando nos critérios referidos por Piccon e col. (1993),<sup>17</sup> apesar de terem quadro clínico sugestivo de tuberculose ganglionar e apresentarem melhora significativa após terapêutica de prova. Por este motivo, os pesquisadores deste trabalho sugerem que estes critérios menores citados, deveriam ser levados em consideração na avaliação diagnóstica, sendo considerados quando da presença de pelo menos dois deles associados ao quadro clínico, fortemente, sugestivo de tuberculose ganglionar periférica em paciente com adenopatia crônica.

Sugerimos que novas pesquisas possam ser realizadas nesta linha de pesquisa com o fim de confirmar ou não os dados encontrados nesta.

## CONCLUSÃO

O perfil do paciente com tuberculose ganglionar na amostra estudada é o de um homem em plena fase produtiva de sua vida e de baixo nível sócio-econômico, apresentando quadro de adenopatia cervical crônica acompanhada de febre e emagrecimento. Notou-se, também, uma sugestiva correlação entre a tuberculose ganglionar periférica e a AIDS, quanto a um pior prognóstico da doença.

## SUMMARY

### PERIPHERIC GANGLIONAR TUBERCULOSIS: CLINICAL AND EPIDEMIOLOGIC ASPECTS

Andréa Luzia Vaz PAES, Frederico Jorge RODRIGUES NETO e José Ribamar Trindade SALES FILHO

**Objective:** evaluate the epidemic, clinical profile and laboratorial of a population with lymphadenopathy tuberculosis in Pará' State. **Method:** the sample was constituted of 53 patients with lymphadenopathy tuberculosis diagnosis attended in infectious diseases service in João Barros Barreto Graduate Hospital, in Belém city, Pará State, from January 2002 until April 2005. The diagnosis was done through lymphadenopathy biopsies, research of Ziehl-Neelsen coloration, M. tuberculosis culture or another clinical, epidemic criteria and laboratories. **Results:** a men predominance was observed (3,8:1) and by heart drab (43,4%). The scale of age was 20 to 29 years (32%). The commoner clinical manifestations were fever and weigh loss. All of them begin clinical manifestations with lymphadenopathy peripheral, being cervical jails the most pledged. Thirty seven patients

done HIV exam, and twenty one were positive. Among lymphadenopathy biopsies, 78,57% was compatible with tuberculosis. **Conclusion:** peripheric tuberculosis lymphadenopathy getting more people of masculine sex between 20 until 29 years old. It noticed, as well, a suggestive correlation between tuberculosis lymphadenopathy and AIDS regarding a worse prognosis of the disease.

**KEY WORDS:** tuberculosis, lymphadenopathy.

#### REFERÊNCIAS

01. World Health Organization. Basic facts on TB: stop TB, fight poverty. 2002.
02. World Health Organization. Global Tuberculosis Control. WHO Report 2004; Geneva: WHO: 1-216.
03. DÁLCOMO MP. AIDS e tuberculose: Novo problema, velho problema. *J. Pneumologia*. 2000; 26(2):v-vi.
04. BRANCO BPC, SOUSA RL, NASCIMENTO VM, MIRADA NE, UCHÔA ATC. Tuberculose ganglionar periférica: Um estudo de 76 casos registrados pelo Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba. *J. Bras. Med.* 2001; 80(1): 60-64.
05. PIMENTEL M, FOLLADOR ECR, BARBAS CSV, STÁVALE ML, OLIVEIRA-VIANNA ES, BARBAS FILHO JV e col. Tuberculose ganglionar em adultos. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo*. 1991; 46(4): 173-75.
06. BELO MT, TRAJMAN A, BELO NETO E, TEIXEIRA EG, SELIG L, BRANCO MM. Aspectos clínicos da tuberculose associada à infecção pelo HIV. *J. Pneumologia*. 1996; 22(6): 299-302.
07. OLIVEIRA AA, SANTOS DT. Estudo de aspectos epidemiológicos da tuberculose registrada no Centro de Saúde-Escola do Marco em Belém [Trabalho de Conclusão do Curso de Medicina]. Belém(PA): Universidade do Estado do Pará. 2001.
08. NICOL AF, SERAPIÃO MJ, VELOSO VG, PIGNATARO P, CUZZI-MAIA T, CHICARINO JM e col. Tuberculose ganglionar em pacientes co-infetados pelo HIV-1: Estudo clínico e laboratorial. *J. Bras. Doenças Sex. Transm.* 1997; 9(5): 23-28.
09. MONTI, JFC. Perfil epidemiológico, clínico e evolutivo da tuberculose na Região de Bauru, SP. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2000; 33(1):99-100.
10. OLIVEIRA HB, MARÍN-LEÓN L, CARDOSO JC. Perfil de pacientes com tuberculose relacionado à comorbidade tuberculose-Aids. *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38(4): 503-10.
11. BUCHALLA CM, OLIVEIRA BZ, GIANNELLA S, LAURENTE R, JORGE MH, GOTLIEB S. AIDS mortality: Information Quality Assessment. WHO:2003.
12. BRAHMER J, SANDE MA. Tuberculose. In: Wilson WR, Sande MA. *Doenças Infecciosas: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre(RS): Artmed;P. 655-63, 2004.
13. SEVERO LC, FERREIRA RLT, GIUSTINA MLD, HORN CL, Wolffenbuttel I. Micobacteriose e SIDA. In: Picon PD, Rizzon CF, Ott WP. *Tuberculose: epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e saúde pública*. São Paulo (SP): Medsi; p. 619-30, 1993.
14. RIBEIRO SN, GEHARDT FILHO G, SILVA JRL, FONSECA L, GONTIJO P, SANT'ANNA CC e col. Tuberculose. In: Bethlen N. *Pneumologia*. 4ªed. São Paulo (SP): Atheneu;. p. 379 - 448, 2000.
15. VERONESI R, FOCACCIA R. *Tratado de Infectologia*. São Paulo(SP): Ed. Atheneu;. p. 914-59, 1996.
16. MARTIN T, HOEPNER VH, RING ED. Superficial mycobacterial: lymphadenitis in Saskatchewan. *Canad. Med. Ass. J.* 1984; 138: 917. Apud Pimentel M, Follador ECR, Barbas CSV, Stávale MLS, Oliveira-Vianna ES, Barbas Filho JV e col. Tuberculose ganglionar em adultos. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo*. 1991; 46(4): 173-175.
17. PICON PD, AZEVEDO SNB, RIZZON CFC, SILVA LCC, OLIVEIRA MEM, PINTO JAF. Tuberculose de gânglios linfáticos. In: Picon PD, Rizzon CFC Ott WP. *Tuberculose: epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e saúde pública*. São Paulo (SP): Medsi; 1993. p. 375-386.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Frederico Jorge Rodrigues Neto  
Av: Roberto Camelier, 1581 - Jurunas  
Belém - PA - CEP: 66.033-640  
Telefone: (091) 3272-0097 / 8137-3005  
E-mail: cadu@nautilus.com.br