Tuberculose cutânea em paciente sem infecção pelo HIV

Cutaneous tuberculosis in a patient without HIV-infection

Guilherme José Morgan[1], Taniela Marli Bes[1], Ingrid Berger Severo[1],
Eduardo de Barros Coelho Bicca[2], Heitor Alberto Jannke[3]

RESUMO

Trata-se de um caso de tuberculose cutânea escrofulodérmica, secundária a foco tuberculoso pulmonar. Paciente de 40 anos, masculino, que apresentava duas fístulas externas em região perineal direita. O exame anátomo-patológico de biópsia da lesão demonstrou granulomas tuberculoides cutâneos com necrose caseosa, com pesquisa para bacilos álcool-ácido-resistentes positiva. Baciloscopia direta do escarro e raio X de tórax mostraram o pulmão como sítio primário. Tratamento específico para tuberculose determinou regressão completa das lesões cutâneas.

UNITERMOS: Tuberculose Cutânea, *Mycobacterium Tuberculosis*, Tuberculose.

ABSTRACT

A case of scrofulodermal tuberculosis secondary to a pulmonary tuberculosis focus. Forty-year-old male patient who had two external fistulas in the right perineal area. The pathological examination of biopsy showed cutaneous tuberculoid granulomas with caseous necrosis, which tested positive for acid-fast bacilli. Direct sputum smear microscopy and chest X-ray showed the lung as the primary site. Specific treatment for tuberculosis determined complete regression of skin lesions.

KEYWORDS: *Cutaneous tuberculosis, Mycobacterium tuberculosis, Tuberculosis.*

INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma infecção oportunista causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Estatísticas atuais comprovam um aumento de sua incidência, principalmente em países subdesenvolvidos (1, 2, 3). No Brasil, estima-se que mais de 50 milhões de pessoas estejam infectadas, com aproximadamente 100 mil novos casos por ano que, juntamente com outros 21 países em desenvolvimento, detêm 80% dos casos mundiais de tuberculose (4). O aumento dessa incidência deve-se a fatores como o desenvolvimento de resistência a drogas antituberculosas e ao aumento de doenças ou condições que causem imunodeficiência, como AIDS e quimioterapia (2, 3, 4).

A tuberculose, típica doença pulmonar, pode acometer outros órgãos. Um exemplo de forma extrapulmonar é a cutânea, bastante rara, representando 1% de todos os casos de tuberculose, com maior ocorrência em pacientes imunodeprimidos (1, 2, 4).

A contaminação cutânea acontece de forma direta, pela inoculação do bacilo, ou como manifestação secundária de doença pulmonar, ocorrendo, neste caso, por disseminação hematogênica ou por contiguidade do foco tuberculoso primário (5).

O objetivo é relatar um caso de tuberculose cutânea escrofulodérmica, infrequente, visando lembrá-lo no diagnóstico diferencial de outras patologias que acometem o tecido subcutâneo, de diagnóstico e tratamento simples e fácil acesso, que resulta em cura e prevenção de sequelas.

[1] Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Católica de Pelotas.
[2] Mestre. Professor-adjunto da Universidade Católica de Pelotas, na disciplina de Patologia.
[3] Doutor. Professor-titular da Universidade Católica de Pelotas, especialista em Patologia.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, de 40 anos, consultou por abscesso perineal de repetição à direita. Não apresentou alterações ao toque retal, sendo visualizadas, na inspeção, duas fístulas externas.

A peça examinada, no anátomo-patológico, da biópsia excisional da lesão, consistia em um retalho irregular de pele escura, com abundante hipoderma, medindo 2,2 x 1,8 cm e 2,2 cm de espessura, apresentando áreas elevadas ou deprimidas, mal delimitadas, cinzentas e finamente granulares, medindo 1,7 x 0,7 cm. Ao corte, mostrava-se cinzento-amarelada e brilhante. Na microscopia, foram encontrados granulomas tuberculoides com necrose caseosa, compatível com tuberculose, sendo a pesquisa de bacilos álcool-ácido-resistentes (BAAR) positiva pela coloração de Ziehl-Neelsen (ZN) (Figuras 1, 2 e 3).

A baciloscopia direta do escarro teve pesquisa de BAAR positiva, e o raio X de tórax foi sugestivo de tuberculose, considerando-se, assim, o foco pulmonar como sítio primário. O teste anti-HIV, por método ELISA, apresentou resultado negativo. O tratamento foi feito com esquema tríplice de rifampicina, isoniazida e pirazinamida (RHZ) por dois meses e duplo com rifampicina e isoniazida (RH) por mais quatro meses, evoluindo de forma satisfatória.

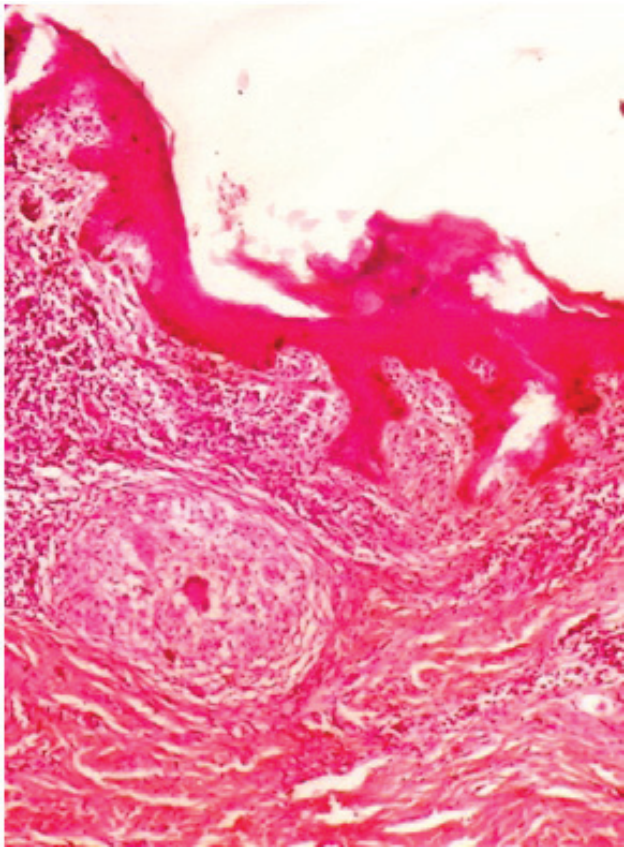


FIGURA 1 – Infiltrado inflamatório crônico dérmico, predominantemente linfocitário, com visualização de granuloma tuberculoide (HE, 40X).

DISCUSSÃO

O lúpus vulgar é a forma mais frequente de tuberculose cutânea; no entanto, alguns relatos demonstram que a forma escrofulodérmica é mais comumente vista em regiões tropicais, ou então de igual frequência (1, 3).

O escrofuloderma é o mais frequentemente associado à tuberculose pulmonar ativa, ocorrendo mais em crianças e adultos jovens (3, 4). Starzycki, analisando 268 pacientes internados por tuberculose cutânea, observou que a forma escrofulodérmica acontece 1,5 mais vez em mulheres (3).

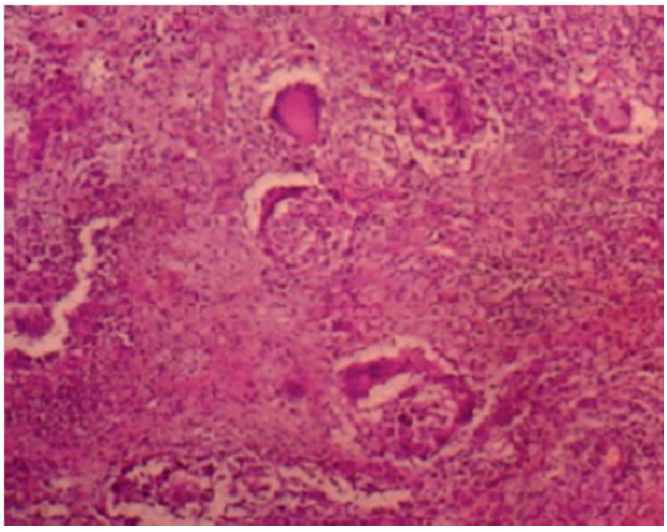


FIGURA 2 – Presença de células gigantes de Langhans e intenso infiltrado inflamatório circunjacente, composto por linfócitos e macrófagos, além de material necrótico amorfo, caracterizando um granuloma tuberculoide (HE, 100X).

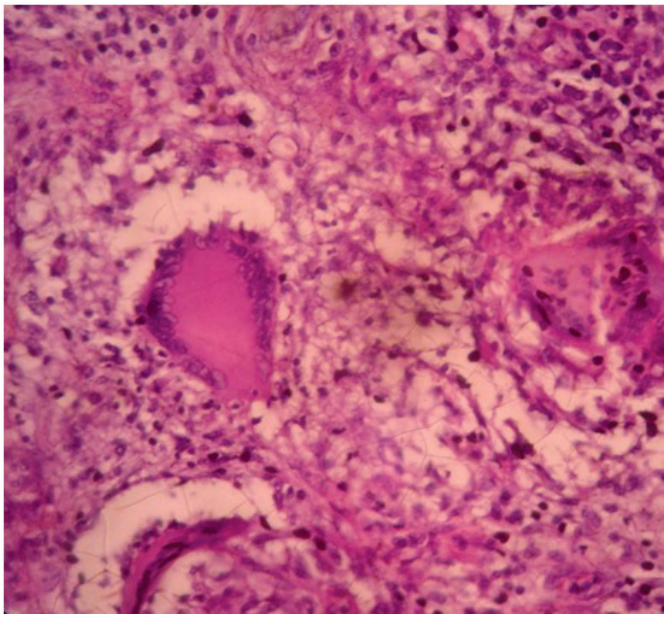


FIGURA 3 – Célula gigante de Langhans, com núcleos dispostos em "ferradura", característico do granuloma tuberculoide (HE, 400X).

A lesão escrofulodérmica ocorre através de extensão por contiguidade do foco tuberculoso subjacente, que evolui em cinco etapas: endurecimento, amolecimento, fistulização, ulceração e cicatrização. Iniciam como nódulos subcutâneos eritematosos inflamatórios que fistulizam, ulceram e drenam material caseoso e purulento, podendo ser únicos ou múltiplos, acometendo principalmente a região cervical, axilar, torácica e inguinal (2, 4).

Na histologia, observa-se necrose central com formação de abscesso, e nas margens encontram-se granulomas tuberculoides com necrose de caseificação e presença do *Mycobacterium tuberculosis* (4, 5).

Entram no diagnóstico diferencial quadros de paracoccidioidomicose, actinomicose, goma sifilítica, esporotricose, hidradenite e outras bactérias que são ZN positivo, como Nocardia (4, 5). O tratamento da tuberculose cutânea não se diferencia da pulmonar, instituindo-se, segundo orientação do Ministério da Saúde, no momento do diagnóstico, em 2009, o esquema inicial de RHZ por dois meses, mantendo-se RH por mais quatro meses. Recomenda-se melhorar o estado nutricional do paciente, bem como tratar infecções coexistentes ou intercorrentes, buscando um foco tuberculoso subjacente. Após anos de evolução sem tratamento, pode ocorrer cura espontânea, quando as lesões inflamatórias são substituídas por tecido cicatricial característico com aspecto de queloide "em cordão". São referidas como complicações a infecção secundária e a formação de cicatrizes profundas de aspecto rugoso (4, 6).

COMENTÁRIOS FINAIS

Ressaltamos a importância de se considerar, como alternativa diagnóstica, a tuberculose cutânea sempre que houver presença de úlceras e fístulas, mesmo em faixa etária e sexo não habituais, e particularmente na ausência de imunodepressão.

REFERÊNCIAS

1. Fenniche S, Ben Jennet S, Marrak H, Khayat O, Zghal M, Ben Ayed M. et al. Cutaneous tuberculosis: anatomoclinical features and clinical course (26 cases). Ann Dermatol Venereol. 2003;130(11):1021-4.
2. Concha RM, Fich SF, Rabagliati BR, Pinto SC, Rubio LR, Navea DO. *et al.* Cutaneous tuberculosis: two case reports and review. Rev Chilena Infectol. 2011;28(3):262-8.
3. Kivanç-Altunay I, Baysal Z, Ekmekçi TR, Köslü A. Incidence of cutaneous tuberculosis in patients with organ tuberculosis. International Journal of Dermatology. 2003;42, 197-200.
4. Martins Junior EV, Marques BP, Reis Neto ET, Lima BCMLS, Neumann YRB. Tuberculose cutânea disseminada com escrofuloderma associado à tuberculose de arco costal. An. Bras. Dermatol. 2007;82(4):343-47.
5. Cuzzi-Maya, T. Piñeiro-Maceira, J. Dermatologia: Bases para o Diagnóstico Morfológico. 1ª ed. São Paulo: Roca; 2001.
6. Conde MB, Melo FAM, Marques AMC, Cardoso NC, Pinheiro VGF, Dalcin PTR. et al. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. J. Bras. Pneumol. 2009;35(10):1018-48. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009001000011 15/11/2011.

✉ Endereço para correspondência
Guilherme José Morgan
Rua Santa Cruz – 1470/1505
96.015-710 – Pelotas, RS – Brasil
☎ (46) 3545-1591 / (53) 9942-1085
guilherme_morgan_npi@hotmail.com
Recebido: 27/4/2012 – Aprovado: 31/5/2012