

## Tuberculose Cutânea num Doente Imunocomprometido

Ana Paula Vaz\*, Tiago Gregório†‡, Alice Barbosa\*, Adelina Amorim\*‡  
Serviços de \*Pneumologia e †Medicina Interna, Hospital de São João - EPE, Porto; ‡Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

A incidência da tuberculose em doentes imunocomprometidos tem vindo a aumentar, incluindo a cutânea, uma manifestação rara, que corresponde a 1,5% de todas as formas da doença.

Descreve-se o caso de um doente de 77 anos, sob corticoterapia sistémica crónica, com tuberculose disseminada com envolvimento pulmonar e ganglionar, que se apresentou com nódulos subcutâneos resultantes da disseminação por continuidade e por via hematogénea/linfática, respectivamente nas formas de escrofuloderma no pescoço e abscessos metastáticos na mão. O isolamento do *Mycobacterium tuberculosis* na cultura dos exsudados da pele permitiu o diagnóstico definitivo e a terapêutica antibacilar uma evolução favorável e um bom prognóstico.

Pretende-se realçar a raridade do envolvimento cutâneo na tuberculose e a importância da suspeita diagnóstica em face da diversidade de manifestações da doença.

**Palavras-chave:** tuberculose; cutânea; disseminada; corticoesteróides.

ARQUIVOS DE MEDICINA, 24(4):137-40

### INTRODUÇÃO

Com a emergência de situações associadas com o comprometimento do sistema imunológico, como a epidemia pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e o uso crescente de fármacos imunossupressores, tem-se verificado um aumento de todas as formas de tuberculose (TB), nomeadamente das extrapulmonares, incluindo a cutânea (1), e da doença disseminada resultante da disseminação hematogénica do bacilo (2).

A TB cutânea compreende 1,5% de todas as formas da doença (3), sendo responsável por 0,04 a 2% de todas as patologias dermatológicas (4-6).

Frequentemente, a TB de pele resulta da disseminação hematogénea ou por continuidade da infecção, embora a inoculação primária também esteja documentada. Encontram-se descritas diferentes formas de TB cutânea de acordo com o mecanismo de infecção, o estado imunológico do doente e a importância de *inoculum* bacteriano (7, 8). Não obstante, o diagnóstico de TB cutânea requer um índice elevado de suspeição, não só dada a sua raridade, mas também porque as manifestações clínicas da doença são diversificadas e a micobactéria nem sempre é identificada nos exames microbiológicos (1).

O caso descrito ilustra o envolvimento cutâneo na TB disseminada, nas formas de escrofuloderma e abscesso metastático, num doente idoso e imunocomprometido por corticoterapia sistémica.

### CASO CLÍNICO

Um doente do sexo masculino, de 77 anos, de raça branca, apresentou-se com um quadro de febre persistente, com seis semanas de evolução, apesar de um curso de antibioterapia empírica, acompanhado de emagrecimento de 6 Kg nos últimos três meses.

A história pregressa incluía patologia discal lombar encontrando-se medicado cronicamente com coesteróides sistémicos (metilprednisolona, 8 mg/dia), desde há dez anos, embora sem seguimento clínico regular. O doente negava antecedentes de doença infecciosa, nomeadamente TB, incluindo nos contactos.

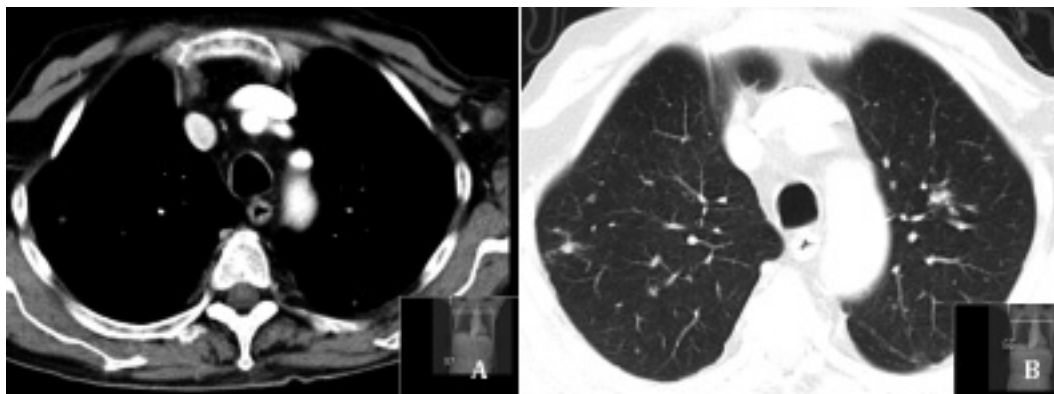
Na admissão, apresentava um bom estado geral, evidenciando-se adenomegalias móveis e indolores nas cadeias supraclavicular e do esternocleidomastoideo à direita e na axila à esquerda.

O estudo analítico mostrou uma anemia de doença crónica (12.4 g/dl), uma hiponatremia (133 mEq/L) e uma elevação tanto da proteína C-reativa (62.7 mg/L), como da velocidade de sedimentação (71 mm/h). A radiografia torácica era normal. A pesquisa de bacilos álcool ácido resistentes (BAAR) no aspirado gástrico, urina e sangue foi negativa, bem como as culturas para outras bactérias e fungos. O estudo imunológico era normal e as serologias sanguíneas, incluindo o rastreio da infecção VIH foram negativos. A tomografia computadorizada mostrou nódulos com padrão em árvore botão

e discretas consolidações com broncograma aéreo nos lobos pulmonares superiores (Figura 1 A, B). A biópsia aspirativa das adenomegalias cervicais revelou BAAR e a pesquisa de ADN do *Mycobacterium tuberculosis* (Mt) no lavado broncoalveolar (LBA) foi positiva.

Atendendo ao diagnóstico de TB disseminada, foi

nas região metacarpofalângica dos segundo e terceiro dedos, na palma da mão esquerda. Em ambas as lesões constatou-se uma evolução semelhante, gradualmente para a flutuação e supuração formando úlceras com drenagem de material caseoso (Figura 2 A, B). Em ambos os exsudados identificaram-se BAAR. No pescoço,



*Fig. 1 - Tomografia computadorizada torácica demonstrando gânglios axilares à esquerda e nódulos com padrão em árvore em botão e algumas aéreas de consolidação com broncograma aéreo nos lobos pulmonares superiores.*

iniciada terapêutica antituberculosa com quatro fármacos (Isoniazida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E)), bem como redução da corticoterapia, dada a ausência de critérios clínicos, imunológicos e radiológicos de outra patologia, que não a degenerativa osteoarticular.

Duas semanas após o início do tratamento antibacilar, o doente apresentou nódulos subcutâneos eritematosos, firmes e indolores no pescoço à direita. Uma semana depois, surgiram outros nódulos subcutâneos

os achados coadunaram-se com os da escrofuloderma, resultantes da propagação por continuidade de focos tuberculosos ganglionares. Quanto às lesões na mão, o estudo radiológico excluiu envolvimento subjacente do osso e articulação, pelo que, clinicamente, foram consideradas abscessos metastáticos tuberculosos, resultantes da disseminação hematogênea/linfática de um foco sistêmico da doença, achado corroborado pela presença das adenopatias axilares à esquerda.

Após quatro semanas de tratamento antibacilar



*Fig. 2 - Tuberculose cutânea manifestando-se sob a forma de nódulos subcutâneos que evoluíram para a flutuação e ulceração com drenagem de material caseoso na escrofuloderma (A) e abscesso metastático tuberculoso (B).*

verificou-se melhoria clínica. *Mycobacterium tuberculosis complex*, sensível aos fármacos de primeira linha, foi isolado na cultura do LBA e nos exsudados da pele. A terapêutica antituberculosa foi descontinuada para dois fármacos (H, R) e a corticoterapia suspensa, ao fim de dois meses. Após os seis meses de tratamento constatou-se resolução clínica e radiológica, incluindo das lesões cutâneas, o que ocorreu sem a formação de cicatrizes. O seguimento do doente nos dois anos seguintes não mostrou sinais de recidiva.

## DISCUSSÃO

A TB cutânea pode ser causada pelo Mt, *Mycobacterium bovis*, micobacterias atípicas e, raramente, pelo bacilo Calmette Guerin (8).

Após a descrição de Laennec, em 1826, do seu "prosector wart" (9), foram propostas várias classificações da TB cutânea.

ATB da pele é classificada em TB cutânea verdadeira e tuberculides (7, 8), a primeira ocorrendo na sequência da proliferação dos bacilos na pele, e a última na sequência de uma reacção de hipersensibilidade a lesões tuberculosas noutros órgãos.

A classificação mais consensual da TB cutânea verdadeira baseia-se no modo de infecção e no estado imunológico do hospedeiro (7, 8). As lesões causadas por inoculação exógena podem manifestar-se como cancro tuberculoso venéreo, cutis verrucosa e, ocasionalmente, lupus vulgaris. A infecção endógena pode surgir como escrofuloderma e TB orificial, quando ocorre extensão por contiguidade; lupus vulgaris, TB miliar aguda e abscessos metastáticos quando ocorre disseminação hematogénea/linfática. As últimas duas formas encontram-se usualmente associadas a situações de comprometimento imunitário do hospedeiro. Um conceito adicional inclui a distinção baseada no *inoculum* bacteriano: multibacilar no cancro tuberculoso venéreo, escrofuloderma, orificial, miliar aguda e abscesso tuberculoso; paucibacilar na cutis verrucosa e lupus vulgaris.

O envolvimento de pele pode ocorrer de forma isolada ou acompanhando a doença noutros órgãos, na TB disseminada (1). Contudo, a acrescentar à baixa incidência da TB cutânea em geral, também a incidência desta forma de doença associada à TB noutros órgãos é baixa. Uma revisão incluindo 370 doentes demonstrou uma incidência de 3,5%, com os gânglios e o pulmão a serem os órgãos mais frequentemente envolvidos e a escrofuloderma, a forma mais frequente de TB cutânea associada (10).

Os autores descrevem um caso clínico de um doente sob corticoterapia sistémica crónica, um factor predisponente conhecido para a imunossupressão e para a reactivação da tuberculose latente, neste caso, de uma forma invulgar num doente idoso (11).

O aparecimento de nódulos subcutâneos tanto no pescoço, como na mão, secundariamente evoluindo para a fistulização e ulceração durante o tratamento da

TB disseminada, levantou a suspeita do envolvimento da pele pela doença.

Para além da necessidade de considerar outros diagnósticos diferenciais, como as micobacterioses atípicas, sífilis, esporotricosis, actinomicosis e acne conglobata, o diagnóstico definitivo da TB cutânea requer a correlação dos achados clínicos com os resultados de testes diagnósticos como a PCR, microbiologia e histologia (8). No entanto, como a rentabilidade da cultura e da PCR é frequentemente baixa, o diagnóstico da TB cutânea pode depender da correlação com a histologia (6). No caso apresentado, o diagnóstico definitivo foi obtido após o isolamento do Mt na cultura dos exsudados de pele.

A identificação de um foco tuberculoso subjacente, como o osso, o epidídimo ou, mais frequentemente, os nódulos linfáticos, como aconteceu na região cervical no nosso doente, permitiu o diagnóstico da escrofuloderma. Por outro lado, a lesão na mão esquerda assemelhou-se a um abscesso tuberculoso metastático, uma forma mais rara que surge na ausência de envolvimento subjacente, resultando portanto da disseminação hematogénea/linfática da micobactéria, usualmente para o tronco, cabeça e extremidades em doentes imunocomprometidos.

Dado que a maioria dos casos de TB cutânea surgem na sequência do envolvimento sistémico pela doença e o *inoculum* bacilar ser geralmente inferior ao da TB pulmonar, os esquemas terapêuticos são semelhantes aos da TB em geral (8), o que no caso em questão resultou numa evolução favorável e num excelente prognóstico.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Almaguer-Chávez J, Ocampo-Candiani J, Rendón A. Current panorama in the diagnosis of cutaneous tuberculosis. *Actas Dermosifiliogr* 2009;100:562-70.
- 2 - Kreider ME, Rossman MD: Clinical presentation and treatment of tuberculosis. In Fishman AP, Elias JA, Fishman JA, Grippi MA, Senior RM, Pack AL. *Fishman Pulmonary Diseases and Disorders*. 4<sup>th</sup> ed. New York. Mc Graw-Hill 2008;2465-85.
- 3 - Farina MC, Gegundez MI, Pique E. Cutaneous tuberculosis: a clinical, histopathologic and bacteriologic study. *J Am Acad Dermatol* 1995;33:433-40.
- 4 - Umapathy KC, Begum R, Ravichandran G, Rahman F, Paramasivan CN, Ramanathan VD. Comprehensive findings on clinical, bacteriological, histopathological and therapeutic aspects of cutaneous tuberculosis. *Trop Med Int Health* 2006;11:1521-8.
- 5 - Ho CK, Ho MH, Chong LY. Cutaneous tuberculosis in Hong Kong: an update. *Hong Kong Med J* 2006;12:272-7.
- 6 - Zouhair K, Akhdari N, Nejjam F, Ouazzani T, Lakhdar H. Cutaneous tuberculosis in Morocco. *Int J Infec Dis* 2007;11:209-12.
- 7 - Tigoulet F, Fournier V, Caumes E. Clinical forms of the cutaneous tuberculosis. *Bull Soc Pathol Exot* 2003;96:362-7.
- 8 - Barbagallo J, Tager P, Ingleton R, Hirsch RJ, Weinberg C. Cutaneous tuberculosis: diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2002;3:319-28.
- 9 - Sehgal VN, Wagh SA. The history of cutaneous tuberculosis. *Int J Dermatol* 1990;29:666-8.

- 10 - Kinvaç-Altunay I, Baysal Z, Ekmekçi TR, Köslü A. Incidence of cutaneous tuberculosis in patients with organ tuberculosis. *Int J Dermatol* 2003;42:197-200.
- 11 - Haanes OC, Bergmann A. Tuberculosis emerging in patients treated with corticosteroids. *Eur J Respir Dis* 1983;64:294-7.

**Correspondência:**

Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Vaz  
Serviço de Pneumologia  
Hospital de São João  
Alameda Prof. Hernâni Monteiro  
4200-319 Porto

e-mail: [vaz.anapaula@gmail.com](mailto:vaz.anapaula@gmail.com)