



**CAPACITAÇÃO  
REFERÊNCIAS SECUNDÁRIAS  
TB | SES-RJ**

Secretaria de  
Saúde



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO DE JANEIRO**



# Tuberculose extrapulmonar

Manifestações clínicas / suspeita diagnóstica

Diagnóstico diferencial

Mônica Flores Rick

Pneumologia

[monicaflores.paap@gmail.com](mailto:monicaflores.paap@gmail.com)

# Diagnóstico

- Sintomas dependem do local de acometimento;
- Diagnóstico muitas vezes é presuntivo, por se tratar de **formas paucibacilares**;
- O diagnóstico clínico geralmente não é suficiente, dependendo de outros exames, frequentemente invasivos;
- A **amostra clínica** coletada deve ter avaliação **bacteriológica, molecular e cito/histopatológica**;
- Exames mais complexos de imagem;
- Pela **dificuldade na suspeição**, leva ao diagnóstico tardio.

# Formas mais comuns

- PLEURAL
  - GANGLIONAR PERIFÉRICA
  - MENINGOENCEFÁLICA
  - OSTEOARTICULAR
  - MILIAR
- 
- Outras formas menos frequentes: laringe, pericárdica, trato genitourinário, abdominal, mamária, pele, intestinal, suprarrenal.

# Pleural

- **Forma mais comum de TB extrapulmonar** em imunocompetentes;
- Mais frequente em jovens e se apresenta com dor torácica;
- A tríade **astenia, emagrecimento e anorexia ocorre em 70%** dos pacientes, e febre com tosse seca, em 60%. Pode simular pneumonia bacteriana aguda;
- Dispneia pode ser mais tardia;
- O **líquido pleural tem características de exsudato**, predomínio de linfócitos e baixo rendimento tanto da pesquisa de BAAR (<5%) quanto da cultura (<15%). Níveis elevados de **adenosina deaminase (ADA)** no líquido pleural têm sido aceitos como critério diagnóstico de TB (>40mg/dl);
- A **cultura para TB do escarro induzido é positiva em até 50%** dos pacientes, mesmo sem alteração visível na radiografia de tórax além do derrame pleural;
- Pode se apresentar como **empiema**, quando uma cavidade tuberculosa rompe para o espaço pleural.

# TB PLEURAL

## Adenosina Adenaminase

### ➤ *Diagnóstico fortemente sugestivo de TB pleural*

- Se ADA for igual ou superior a 40U/L (50UI/L)
- *idade < 45 anos*
- *Proteína alta*
- *Predomínio de > 80% linfócitos*
- Falso positivo: linfoma, na artrite reumatóide, no lúpus, em alguns adenocarcinomas , derrame parapneumônico (1/3) e no empiema.

# Ganglionar periférica

- Forma **mais frequente em crianças e mulheres**, além dos portadores do **HIV**;
- Principalmente **cadeias cervicais** anteriores e posteriores, e supraclaviculares, uni ou bilateral (mas geralmente assimétrica);
- O **LN tem característica endurecida**, aderido aos planos profundos e com tendência a **fistulização**;
- O diagnóstico pode ser feito através de **aspirado por agulha ou ressecção**, para realização de exames bacteriológicos e histopatológicos.

# Meningoencefálica

- **Grave e de difícil diagnóstico;** 3% de imunocompetentes, e até 10% dos PVHIV;
- Em crianças <6 anos, a forma de **meningite basal exsudativa** é a mais comum;
- Na **forma subaguda** (>2 semanas), apresenta cefaleia, irritabilidade, alteração do comportamento, sonolência, fotofobia, vômitos, parestesia e rigidez de nuca, além de paralisia de pares cranianos (II, III, IV, VI e VII);
- Na **forma crônica** (>4 semanas), a cefaleia pode permanecer por semanas. A forma localizada, o tuberculoma, apresenta sintomas de hipertensão intracraniana, redução da consciência e coma.
- O líquido se apresenta com celularidade baixa (>linfócitos); o rendimento para BAAR e cultura varia de 30-60%; o GeneXpert tem sensibilidade variável, mas alta especificidade.

# Osteoarticular

- Mais comum em **crianças** (10% a 20% das lesões extrapulmonares) ou entre **quarta e a quinta décadas de vida**;
- Mais frequente na **coluna vertebral** e articulações **coxofemoral e joelho**;
- Na coluna vertebral (**mal de Pott**) é mais frequente nos segmentos torácico baixo e lombar; seu quadro clínico apresenta-se com a **tríade dor lombar, dor à palpação local e sudorese noturna**;
- As **manifestações mais comuns** são espondilite, artrite e osteomielite;
- A **espondilite acomete o disco intervertebral**, podendo haver destruição e colapso dos corpos vertebrais, e danos neurológicos irreversíveis;
- O diagnóstico deve ser feito através de **biópsia cirúrgica**, e o material enviado para cultura e histopatológico.

# Miliar

- **Forma disseminada**, geralmente com acometimento sistêmico;
- Grave, habitualmente acomete imunossuprimidos, crianças ou adultos jovens;
- Nos **idosos**, raramente pode ter apresentação de **doença crônica**, como febre de origem indeterminada;
- A maioria se apresenta com febre, astenia, emagrecimento e tosse seca / dispneia; o exame físico pode evidenciar hepatoesplenomegalia e alterações do SNC;
- O **diagnóstico** pode ser feito por LBA/biópsia transbrônquica, biópsia hepática ou hemocultura.

# Outras formas menos comuns:

- **Genitourinária** – ITU de repetição, piúria estéril.
- **Laríngea** – rouquidão persistente.
- **Mamária** – lesão supurada recorrente.
- **Abdominal** – implantes peritoneais, obstrução intestinal.

# Diagnóstico histopatológico

- A **biópsia tecidual** é empregada na investigação da TB difusa pulmonar e na TB extrapulmonar;
- A identificação de **granuloma com necrose de caseificação** é compatível com tuberculose;
- Caso haja **granuloma sem necrose**, atentar para outras doenças granulomatosas, como silicose e sarcoidose, e nas micoses pulmonares;
- Sempre que possível, devem ser enviados fragmentos para **cultura de BK**, para diagnóstico de certeza.

# Diagnóstico por TRM-TB / Extrapulmonar

- Amostras indicadas para a realização do TRM-TB:
  - » LCR;
  - » linfonodos (punção ou macerado);
  - » macerados de tecidos;
  - » líquido sinovial;
  - » líquido peritoneal;
  - » líquido pericárdio;
  - » líquido pleural;
  - » urina.

Fonte: MANUAL DE RECOMENDAÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE TUBERCULOSE E MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS DE INTERESSE EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, 2022.

# Diagnóstico diferencial

- Tuberculose deve sempre entrar no diagnóstico diferencial de:
  - Febre de origem indeterminada
  - Síndrome consumptiva
  - Pneumonia de evolução lenta
  - Tosse prolongada sem causa conhecida

# Diagnóstico diferencial – TB pulmonar

QUADRO 4 – Principais doenças que fazem diagnóstico diferencial com as formas pulmonares de TB.

<b>NEOPLASIAS</b>	Câncer de pulmão (especialmente o carcinoma de células escamosas) Linfomas Sarcoma de Kaposi Carcinomatose metastática
<b>OUTRAS MICOBACTÉRIAS</b>	Micobacterioses não tuberculosas <i>M. avium</i> <i>M. kansasii</i> <i>M. abscessus</i> <i>M. xenopi</i>
<b>INFECÇÕES FÚNGICAS</b>	Histoplasmose Paracoccidioidomicose Aspergiloma Criptococose
<b>OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS</b>	Abscesso pulmonar Pneumonia necrotizante <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Klebsiella pneumoniae</i> <i>Staphylococcus aureus</i> Actinomicose Nocardiose

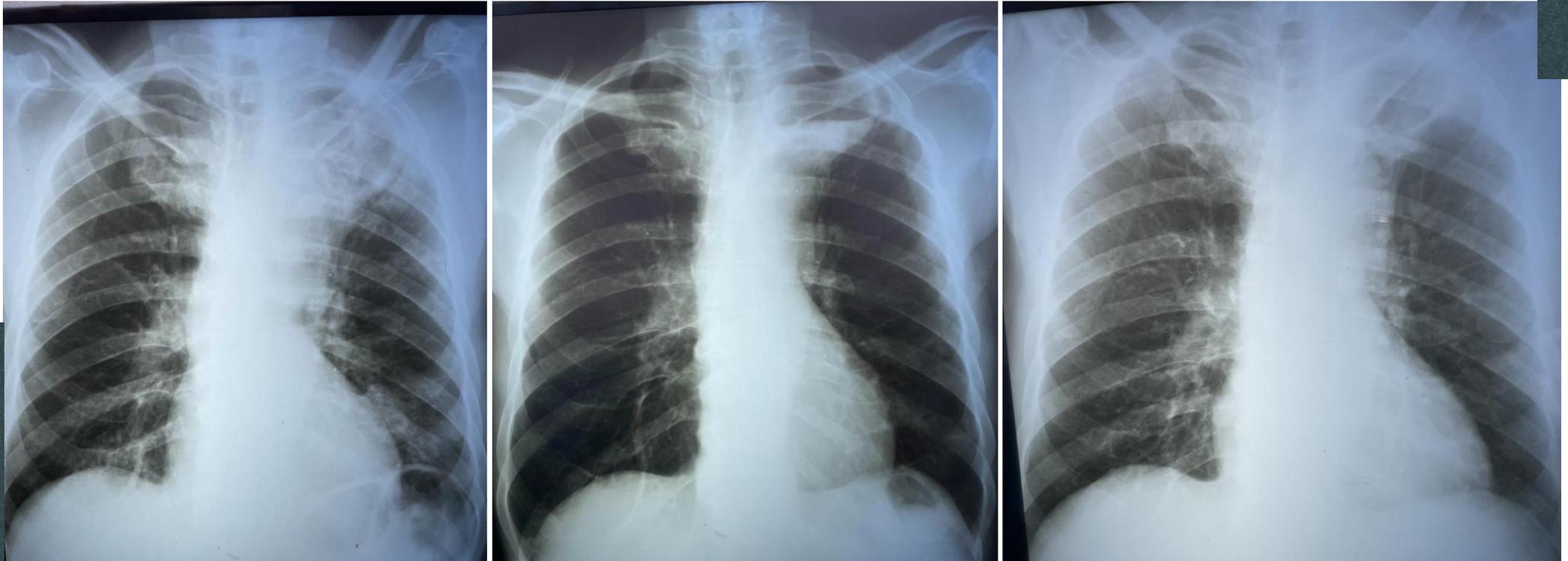
Fonte: Adaptado de Gadkowski LB, Stout JE, 2008.

## Diagnóstico diferencial – TB pulmonar (2)

- **Silicose:** HISTÓRIA OCUPACIONAL! TB muitas vezes associada.
- **Sarcoidose:** geralmente apresenta LNM hilar associada, a biópsia não apresenta necrose.
- **Vasculites:** atentar para sintomas sistêmicos associados; achados radiológicos podem ser semelhantes.
- **Micobacterioses não-TB:** IMPORTANTE! Alterações radiológicas e apresentação clínica podem ser semelhantes; podem colonizar doença estrutural prévia (bronquiectasias, sequelas de TB prévias, DPOC).
- **Micoses:** história epidemiológica; no histopatológico, há necrose de liquefação (não caseosa). Alguns achados radiológicos podem ser semelhantes.

# Abscesso pulmonar

---



# Silicose

---



# Sarcoidose

---

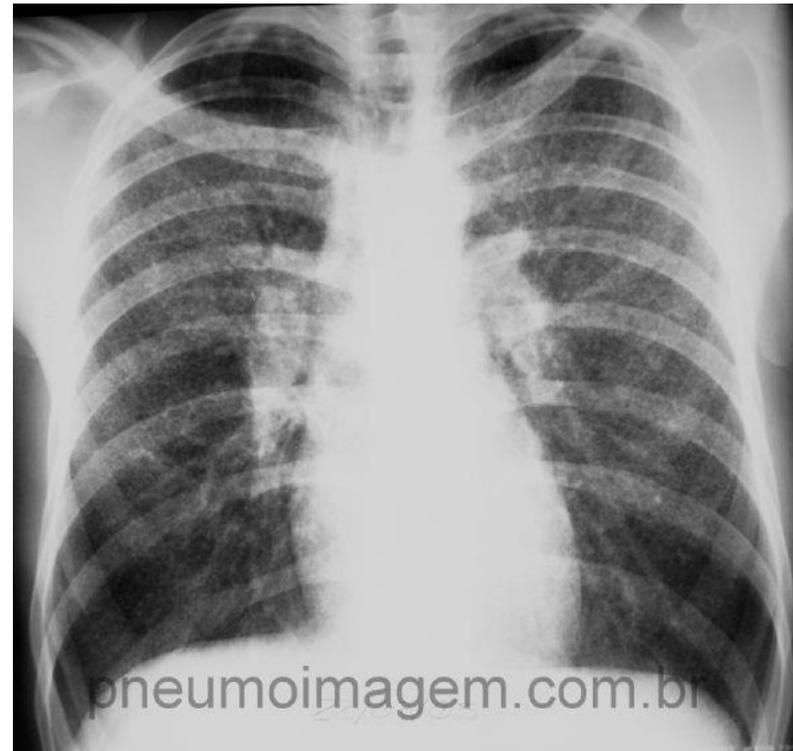
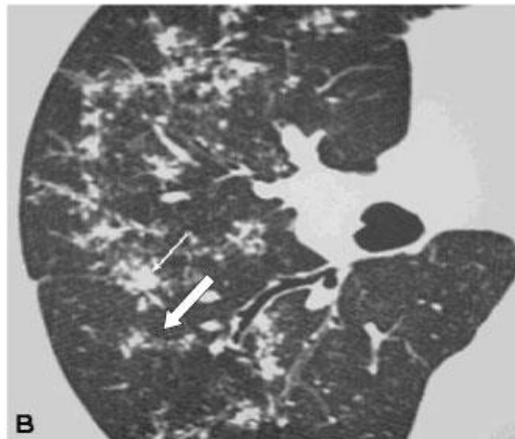
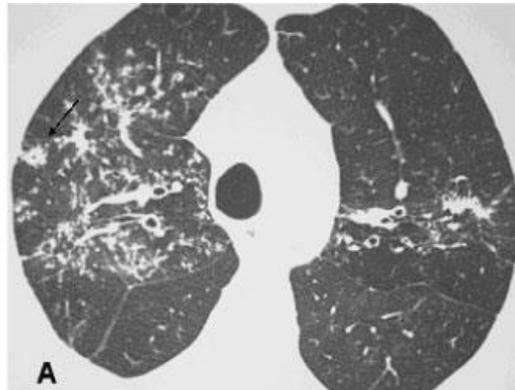


Figura 2 A e B. Padrão micronodular. Micronódulos nos lobos superiores, alguns dos quais confluentes (setas)

# Micobacteriose não-TB

---

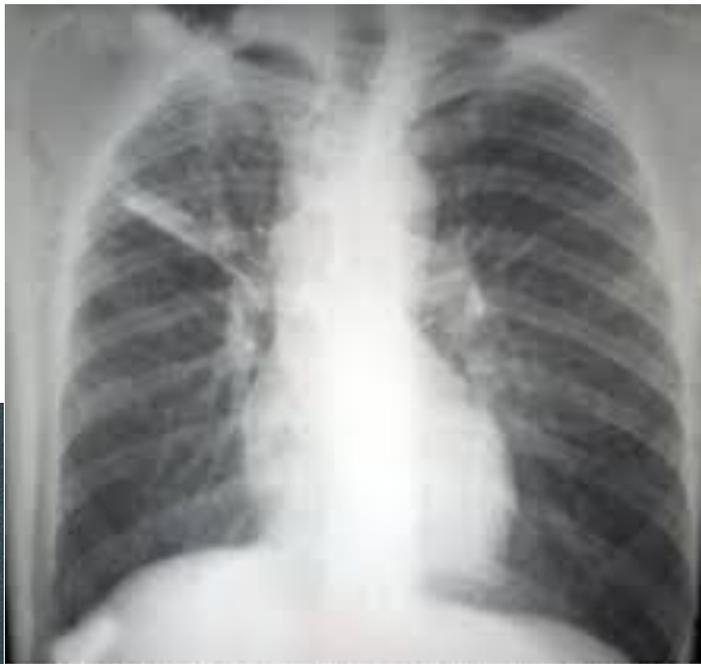
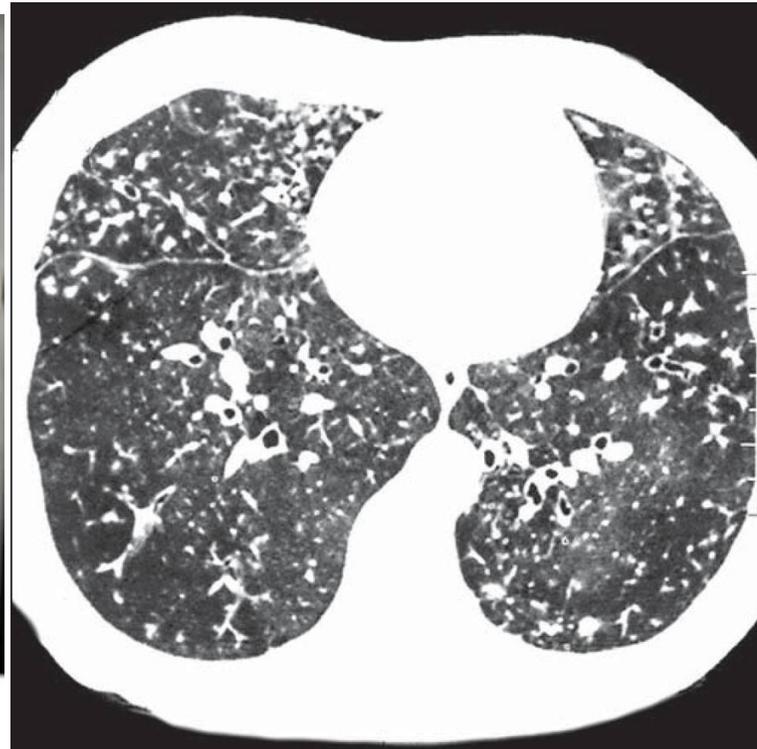


Fig. 1. Radiografia de tórax (vista posteroanterior), paciente masculino de 35 anos.



# Micoses

---

PARACOCO



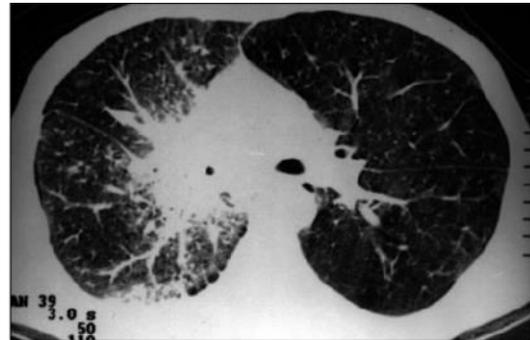
HISTOPLASMOSE



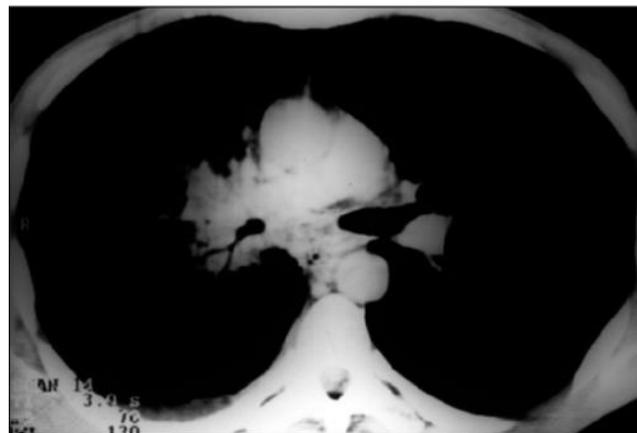
# Neoplasia



A



B



AN 14  
3.0 s  
130

**Figura 3.** Tomografia computadorizada de tórax evidenciando massa de contornos irregulares, não-calcificada, situada no mediastino, na região infracarenal e paratraqueal à direita baixa, envolvendo a carena e brônquio-fonte direito (diminuição do calibre e irregularidade da luz), com extensão para o lobo superior direito e envolvimento parcial do brônquio-fonte esquerdo.



# Diagnóstico diferencial – TB extrapulmonar

- **Pleural:**

- **Linfomas** – pode cursar com ADA >, exsudato linfocítico e faixa etária semelhante; geralmente tem outros achados radiológicos associados;
- **Empiema** – tem ADA >, mas o aspecto do líquido purulento, rico em polimorfonucleares e o quadro clínico facilitam o diagnóstico.
- **Artrite reumatoide** – também cursa com ADA >, mas é raro o DP isolado, e geralmente há o diagnóstico prévio.
- **Neoplasias** – citologia oncológica geralmente é positiva; idade >40/50 anos diminui a probabilidade de TB e aumenta a de neoplasia.
- **LES** – pode cursar com febre vespertina de origem indeterminada, e derrame pleural.

# Diagnóstico diferencial – TB extrapulmonar (2)

- **Ganglionar:**

- linfomas, fungos (Histoplasmose e criptococose), infecções bacterianas, MNTs, toxoplasmose e sarcoidose.

- **Meningoencefálica:**

- infecções bacterianas, fúngicas ou virais;
- neoplasias, sarcoidose e LES também são causas de meningite;
- radiologicamente deve ser diferenciada de criptococose, linfomas, metástase, encefalite por CMV e sarcoidose.

- **Osteoarticular:**

- artrite séptica ou osteomielite por Staphylo e Brucella; criptococose e Histoplasmose;
- etiologias não infecciosas, como osteossarcoma, mieloma múltiplo, linfoma, histiocitose X, Doença de Paget e outras neoplasias ósseas.

# OBRIGADA!!!

Secretaria de  
Saúde



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO DE JANEIRO**

