

CASO CLÍNICO

**TUBERCULOSE GANGLIONAR CERVICAL:
A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.**
TUBERCULOSIS LYMPHADENITIS:
CASE REPORT.

Carla Branco*, João Subtil*, Luís Tomás**, António Marques Pereira***

RESUMO

A infecção por *Mycobacterium tuberculosis* na ORL surge frequentemente associada a linfadenite cervical. Esta entidade continua a ser um desafio diagnóstico.

Descreve-se um caso clínico, no qual adenopatias cervicais tuberculosas ocorrem concomitantemente com um abscesso parafaríngeo, sem envolvimento de qualquer outro órgão ou sistema.

A propósito do caso apresentado, os autores fazem uma breve revisão bibliográfica sobre os métodos disponíveis para a obtenção do diagnóstico definitivo de tuberculose ganglionar.

PALAVRAS CHAVE:

Tuberculose ganglionar; abscesso parafaríngeo.

ABSTRACT

Mycobacterium tuberculosis infection in Otolaryngology often manifests with lymphadenitis of neck lymph nodes. This entity constitutes a diagnostic challenge.

We present a clinical case in which cervical tuberculosis lymphadenitis is subsequently diagnosed in a patient after an observation due to a parapharyngeal abscess.

The authors take the opportunity to make a short revision of the literature on tuberculosis lymphadenitis diagnosis.

KEY WORDS:

Tuberculosis lymphadenitis; parapharyngeal abscess.

Dra. Carla Branco

Alameda das Linhas de Torres, 117, 1769-001 Lisboa

Telefone: 21 7548268

E-mail: carla.joao@oninet.pt

INTRODUÇÃO

O espectro de doenças provocadas pela infecção do *Mycobacterium tuberculosis* é muito vasto.

No âmbito da ORL, a linfadenite cervical é das formas de apresentação mais comuns da doença.

Apesar do optimismo e da tendência que se verificava há alguns anos atrás, a incidência

de tuberculose aumentou 20% na última década, registando-se em todo o mundo cerca de 90 milhões de novos casos.

Destes, 35% manifestaram-se sob a forma de tuberculose extra-pulmonar e são as cadeias ganglionares cervicais o local preferencialmente atingido.

Foram cerca de 7 milhões os casos de tuberculose cervical ganglionar notificados nos anos 90.

* Interno do Complementar de ORL do Hospital de Pulido Valente

** Assistente Hospitalar de ORL do Hospital de Pulido Valente

*** Director de Serviço de ORL do Hospital de Pulido Valente - Lisboa

Esta evolução aparece irremediavelmente relacionada com a prevalência do síndrome de imunodeficiência adquirida¹².

Assim sendo, a hipótese de tuberculose deve ser equacionada em qualquer doente com adenopatias cervicais, mesmo na ausência de história progressiva ou contexto epidemiológico favorável.

Clinicamente, os gânglios envolvidos podem ser uni ou bilaterais (o que ocorre em 20% dos casos), são habitualmente múltiplos e indolores (ocasionalmente podem ser dolorosos) e têm consistência firme ou flutuante.

A sua localização preferencial é a região submandibular ou jugulo-digástrica, havendo contudo a possibilidade de acometer qualquer outro grupo ganglionar.

O envolvimento pulmonar é pouco frequente, cerca de 20 a 30% dos casos.

A linfadenite cervical tuberculosa coloca importantes problemas diagnósticos, não só porque se trata de uma doença que mimetiza outras patologias, como também porque as técnicas diagnósticas disponíveis são inconsistentemente fidedignas.

Por essa razão, para obtenção do diagnóstico definitivo, é frequentemente necessária a combinação de múltiplos exames complementares de diagnóstico, nomeadamente Rx de Tórax, Teste de Mantoux, pesquisa de *Bacilos Alcool-ácido Resistentes* (BAAR) na expectoração, ecografia e *Tomografia Computorizada* (TC) cervical, punção aspirativa com agulha fina para exame citológico, microbiológico e análise por *Polymerase Chain Reaction* (PCR) do aspirado, eventual exame histológico do gânglio envolvido obtido por biópsia excisional e, por fim, a resposta à terapêutica antibacilar.

O caso clínico que a seguir descrevemos substancia de forma clara estas considerações.

HISTÓRIA CLÍNICA

M.M.S.N.D.A, sexo feminino, 36 anos de idade, técnica de Laboratório, recorreu à con-

sulta de ORL por um quadro com três dias de evolução caracterizado, por odinofagia, tosse com expectoração purulenta, febre (38°C) e mialgias, referindo também, aparecimento de tumefacções cervicais bilaterais dolorosas.

À observação foi-lhe diagnosticada uma amigdalite eritemato-pultácea bilateral, tendo sido medicada com amoxicilina+ ác. clavulâmico (875+125 mg de 12 em 12 horas durante 8 dias).

Por não haver resolução completa da sintomatologia no fim do tratamento (persistiam o desconforto faríngeo e as tumefacções cervicais), fez um esfregaço faríngeo com *Teste de Sensibilidade aos Antimicrobianos* (TSA) e repete novo ciclo de antibioterapia com ciprofloxacina.

Seguiu-se então um período sem queixas, que teve a duração de uma semana e meia, com redução franca do volume das tumefacções cervicais, após o que se verificou o seu reaparecimento acompanhado por odinofagia, febrícula, astenia e anorexia acentuadas com um emagrecimento quantificado em 3 Kg.

Ao longo de todo este tempo, a doente negou disfagia, disfonia, dispneia, hemoptises, sudação nocturna e quaisquer outras queixas nasais, otológicas ou pulmonares.

Nos antecedentes pessoais destacavam-se amigdalites de repetição desde a infância, em nº de 3 a 4 episódios por ano, tratadas com sucesso com antibiótico oral.

Negava antecedentes pessoais de *Tuberculose Pulmonar* (TP) ou possíveis contactos com pessoas doentes, contactos com animais ou viagens recentes.

Teria sido vacinada com BCG há cerca de 20 anos.

Negava hábitos tabágicos, toxicológicos ou alcoólicos.

Ao exame objectivo apresentava um bom estado geral e temperatura axilar de 37,5°C.

A observação da orofaringe revelou um marcado abaulamento da parede lateral esquerda da faringe, doloroso à pressão local,



FIGURA 1 - ABAULAMENTO DA PAREDE LATERAL ESQUERDA DA OROFARINGE.



FIGURA 2 - ADENOPATIAS CERVICAIS.

que se confirmou prolongar para o cavum e hipofaringe pela rinoscopia posterior e laringoscopia indirecta (Fig. 1).

A palpação cervical identificou nódulos cervicais bilaterais, na área II, ligeiramente dolorosos, móveis de consistência firme (não pétreas), à direita a maior com dimensões aproximadas de 5 por 4 cm e à esquerda com cerca de 4 por 3 cm de maior diâmetro (Fig. 2).

O restante exame objectivo era normal, não se constatavam alterações à auscultação pulmonar nem a presença de outras adenopatias ou hepato-esplenomegália.

Dos resultados analíticos há a salientar uma contagem de glóbulos brancos normal (8,21 milhares/mm³) sem alterações da fórmula leucocitária; a VS com um valor de 40 mm/h; a ALT de 213 U/L e a AST de 33 U/L.

Todas as serologias pedidas foram negativas (HIV 1 e 2, toxoplasmose, CMV, VDRL, testes de Huddlesson, Vidal-Felix e Paul-Bunnell), assim como a pesquisa de BK na expectoração.

O Mantoux foi positivo com uma pápula de 25 mm.

O Rx de Tórax não revelou alterações.

O TC cervical efectuado a 20/12/00 mostrava "uma formação estruturalmente heterogénica, lateralizada à esquerda, que se estende desde as partes moles do cavum, condicionando a este nível marcada assimetria, até ao espaço parafaríngeo, interessando as partes moles pré-vertebrais, os pilares amigdalinos e o palato mole.

Detecta-se ainda presença de formações ganglionares sub-maxilares e salienta-se o franco aumento do gânglio jugulo-digástrico direito." (Fig. 3)

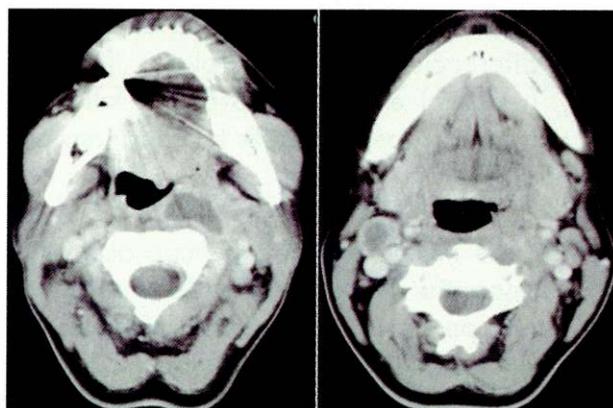


FIGURA 3 - TC CERVICAL. AS SETAS INDICAM EM A) COLEÇÃO ABCEDADA PERIFARÍNGEA, EM B) ADENOPATIA CERVICAL.

A endoscopia nasal não detectou qualquer alteração nas fossas nasais mas evidenciava na nasofaringe um abaulamento por lesão ocu-

pando espaço na região parafaríngea esquerda com mucosa íntegra.

Perante os resultados, e procurando esclarecer a etiologia desta formação parafaríngea e adenopatias cervicais solicitou-se:

— *Ressonância Magnética (RM)* da faringe e pescoço, que confirmou a presença de "uma lesão no espaço pré-vertebral esquerdo que se estende desde C1 até C3 (molda a vertente postero-lateral esquerda da orofaringe e desvia a faringe para a direita), cujo aspecto semiológico sugere tratar-se de um abscesso.

Na região jugulo-digástrica direita observamos uma lesão... que relacionamos com adenite.

Também existem imagens compatíveis com adenite na região jugulo-digástrica esquerda. Imagens de gânglios linfáticos ao longo das cadeias jugulares." (Fig. 4)

— *TC Torácica*, que não mostrou qualquer alteração.

— *Citologia aspirativa de adenopatia sub digástrica esquerda*, da qual se obteve "população mista de células linfóides grandes e pequenas, com muito raros histiócitos, não permitindo o diagnóstico diferencial entre hiperplasia folicular (reactiva) e linfoma do centro folicular" (não foi possível fazer fenotipagem por amostra insuficiente).

Por este motivo repete a punção aspirativa de adenopatia direita verificando-se saída de conteúdo purulento cujo estudo citológico é mais uma vez inconclusivo, assim como, o exame bacteriológico directo com coloração de Ziehl-Nielsen, no qual não se identificaram bacilos ácido-álcool-resistentes (BAAR).

Contudo, o exame cultural em meio de BACTEC 460 é positivo, revelando *Mycobacterium tuberculosis*, sensível aos antibacilares testados (1ª linha).

Decidiu-se proceder à excisão do gânglio sub-digástrico direito para exame anátomo-pa-

tológico para exclusão definitiva da hipótese de linfoma que a primeira citologia tinha colocado.

O resultado revelou "linfadenite granulomatosa com extensas áreas de necrose central...".

Perante o diagnóstico de Tuberculose ganglionar com abscesso parafaríngeo esquerdo, é feito o estudo analítico e radiológico completo para excluir possíveis focos de tuberculose coexistentes.

Inicia terapêutica antibacilar com Rifater® (associação de isoniazida+rifampicina+pirazinamida) (5 drageias por dia), Etambutol (3 cp por dia) e Benadon® (piridoxina)(1 cp por dia).

Ao fim de um mês de terapêutica verifica-se gradual melhoria clínica, com regressão das adenopatias cervicais, no entanto sem diminuição do volume da tumefacção parafaríngea esquerda pelo que é feita uma punção diagnóstica.

No material purulento não foi possível identificar bacilos ácido-álcool resistentes nem isolar a *Mycobacterium tuberculosis*.

Manteve a terapêutica durante 9 meses, ao fim dos quais se verificou a resolução completa do quadro clínico e radiológico.

DISCUSSÃO

O caso clínico descrito ilustra claramente a importância que esta doença tem conseguido manter ao longo dos anos na nossa especialidade.

Podendo apresentar-se das mais diversas formas, algumas das quais atípicas, obriga-nos a estar em alerta permanente e a explorar a possibilidade da sua existência ao mais leve sinal de suspeita.

O quadro clínico apresentado surgiu de forma inesperada, durante o período de convalescência de uma amigdalite pultácea, aproveitando provavelmente a debilidade imunológica da doente para se manifestar.

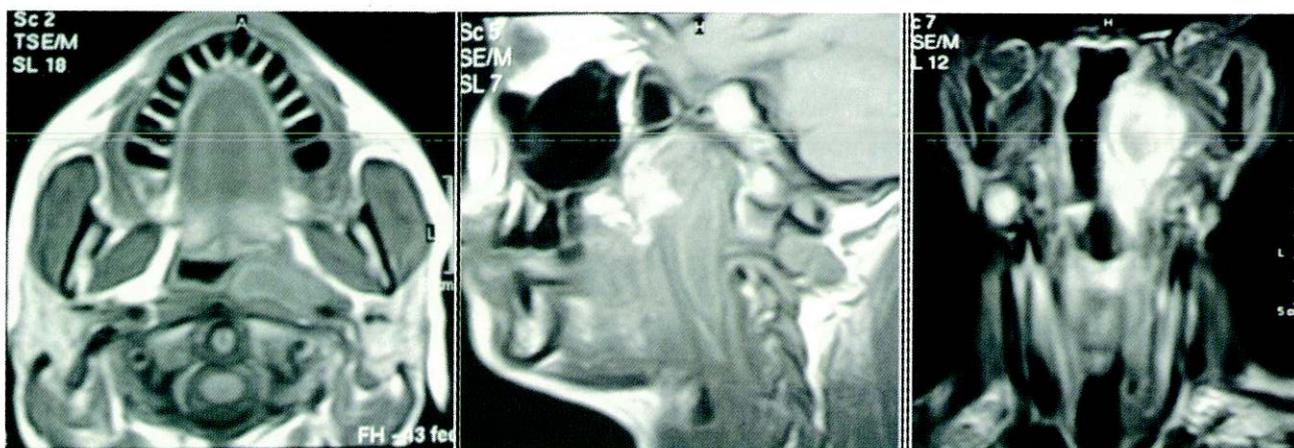


FIGURA 4 - RMN CERVICAL. AS SETAS INDICAM COLEÇÃO ABCEDADA PERIFARÍNGEA.

Inicia-se com o aparecimento de adenopatias cervicais, que foram interpretadas como reactivas ao processo amigdalino (chegando mesmo a regredir com a antibioterapia), associadas à rápida evolução de um abscesso parafaríngeo.

Na literatura encontrámos descritos apenas dois casos em que a linfadenite cervical tuberculosa se complicou com um abscesso parafaríngeo^{4,7}.

No contexto de tuberculose, os abscessos faríngeos aparecem com mais frequência associados à doença de Pott da coluna cervical^{1,8,10}.

Perante o quadro clínico descrito, a tuberculose era uma das hipóteses de diagnóstico a colocar, mas muitas outras foram consideradas no diagnóstico diferencial (Quadro I), particularmente as doenças neoplásicas (incluindo as linfoproliferativas) pela sua gravidade, frequência e possibilidade de ocorrerem concomitantemente com a infecção por *Mycobacterium tuberculosis*.

A dificuldade em chegar à confirmação diagnóstica, nestes casos, impõe a necessidade de utilizar os meios disponíveis de uma forma metódica e criteriosa.

A maioria dos autores concordam que o primeiro procedimento a efectuar, tal como foi por nós feito, é a punção aspirativa com agu-

lha fina, para exame citológico e bacteriológico directo e cultural^{5,6}.

A literatura actual revela que este exame tem uma especificidade de 93% e uma sensibilidade de 77% para a tuberculose ganglionar⁵.

Adicionalmente pode permitir o diagnóstico de doenças linfoproliferativas ou outras neoplasias metastizadas ao gânglio envolvido.

O exame cultural em meio de Lowenstein ou em BACTEC 460 é positivo num número que varia entre 10 a 70% dos casos de linfadenite tuberculosa em diferentes estudos^{2,11} mas, para além do intuito diagnóstico, permite efectuar o Teste de Sensibilidade aos Antibióticos.

Recentemente alguns autores salientam a importância da utilização de parte do produto obtido por punção aspirativa para detectar a presença de DNA de *Mycobacterium tuberculosis* por PCR (polymerase chain reaction)³.

Segundo eles, a combinação das várias técnicas anteriormente referidas, pode permitir resultados rápidos e fidedignos num importante número de casos, evitando a utilização de procedimentos mais invasivos e de resultados mais tardios⁷.

Quando os exames efectuados não são suficientes, ou persistem dúvidas impõe-se a realização de biópsia excisional de um gânglio en-

volvido para exame histológico, o que permite então na quase totalidade dos casos (80 a 100%) a obtenção de um diagnóstico definitivo².

Em situações em que nem mesmo a histopatologia consegue ser conclusiva e existe uma forte suspeita clínica uma prova terapêutica com antibacilares é aceitável.

CONCLUSÃO

A linfadenite tuberculosa continua a ser uma patologia frequente pelo que é importante considerá-la no diagnóstico diferencial de adenopatias cervicais.

Ocasionalmente esta entidade complica-se com o aparecimento de abscesso parafaríngeo.

A punção ganglionar aspirativa deve ser realizada para obtenção de material para

análise citológica, microbiológica e eventualmente pesquisa de DNA do *Mycobacterium tuberculosis* por PCR.

Estes exames isoladamente são por vezes inconclusivos, mas quando combinados permitem uma maior acuidade diagnóstica, evitando frequentemente procedimentos mais invasivos.

O exame histopatológico permite um diagnóstico definitivo na quase totalidade dos casos.

AGRADECIMENTO:

Os autores agradecem ao Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa, na pessoa do Professor Dr. Nuno Santiago, pela colaboração que prestou na orientação diagnóstica deste caso clínico.

Origem Infecciosa	Viral	Mononucleose infecciosa Infeccção por citomegalovirus Primo-infeccção rubélica
	Bacteriana	Infeccção por <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Streptococcus</i> β hemolítico do grupo A, anaeróbios e outras bactérias, nos locais de drenagem dos gânglios cervicais Tuberculose Doença da arranhadela do gato Tularémia Sífilis primária orofaríngea Febre tifóide Brucelose Actinomicose cervicofacial
	Parasitológica	Toxoplasmose Kala-azar Doença de Kikuchi-Fujimoto
Origem Inflamatória		Lupus eritematoso sistémico Artrite reumatóide
Reticuloses		Sarcoidose Doença de Letterer-Siwe
Origem Medicamentosa		Hidantoínas, carbamazepina, rifampicina, penicilina, captopril e metil-dopa
Doenças Linfoproliferativas		Doença de Hodgkin Linfoma não-Hodgkin Leucemia linfóide crónica B Leucoses agudas
Adenopatias Metastáticas		Neoplasias das vias aero-digestivas Neoplasia do pulmão Neoplasias abdómino-pélvicas Carcinoma papilar da tiróide
Outras		Doença de Kawasaki Doença de Rosai e Dorfman

QUADRO I: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ADENOPATIAS CERVICAIS.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Al Soub H.: Retropharyngeal abscess associated with tuberculosis of the cervical spine. *Tuber lung Diseases*, 77(6): 563-5, 1996.
- 2 Alleva M., Guide R.A., Romo T., Kimmelman C.P.: Mycobacterial cervical lymphadenitis: a persistent diagnostic problem. *Laryngoscope*, 98 (8 pt1): 855-7, 1988.
- 3 Baek C.H., Kim S.I., Ko Y.H., Chu K.C.: Polymerase chain reaction detection of *Mycobacterium tuberculosis* from fine-needle aspirate for the diagnosis of cervical tuberculous lymphadenitis. *Laryngoscope*, 110(1): 30-4, 2000.
- 4 Carrol N., Bain R.J., Tseung M.H., Edwards R.H.: Tuberculous retropharyngeal abscess producing respiratory obstruction. *Thorax*, 44(7): 599-600, 1989.
- 5 Lau S.K., Wei W.I., Hsu C., Engzell U.C.: Efficacy of fine needle aspiration cytology in the diagnosis of tuberculous cervical lymphadenopathy. *Journal Laryngol Otol*, 104(1): 24-7, 1990.
- 6 Lee K.C., Tami T.A., Lalwani A.K., Schecter G.: Contemporary management of cervical tuberculosis. *Laryngoscope* 102(1): 60-4, 1992.
- 7 Mengoli P., Smiroldo A., Vidi I.: Cervical lymphatic tuberculosis in the 90's: a case report. *Acta Oto laryngol Italian*, 16(2): 132-5, 1996.
- 8 Neal S.L., Kearns M.J., Seeling J.M., Harris J.P.: Manifestations of Pott's disease in head and neck. *Laryngoscope*, 96(5): 494-7, 1986.
- 9 Reyt É., Righini C.: Adénopathies cervicales. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 20-870-A-10, 1999.
- 10 Rice D.H., Dimcheff D.G., Benz R., Tsang A.Y.: Retropharyngeal abscess caused by atypical mycobacterium. *Archives Otolaryngol*, 103(11): 681-4, 1977.
- 11 Stanley R.B., Fernandez J.A., Peppard S.B.: Cervicofacial mycobacterial infections presenting as major salivary gland disease. *Laryngoscope*, 93 (10): 1271-5, 1983.
- 12 Williams R.G., Douglas-Jones T.: *Mycobacterium* marches back. *Journal Laryngol Otol*, 109(1): 5-13, 1995.