

INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma patologia infecciosa relativamente frequente nos doentes submetidos a transplante de órgão sólido. Nos transplantados renais apresenta uma incidência de 20 a 74 vezes mais elevada quando comparados a população geral¹ e oscila de acordo com a área geográfica (0,5% a 1% na América do Norte)², sendo mais frequente em países em desenvolvimento e com alta prevalência de TB na população geral.³

Esses pacientes constituem grupo de risco tanto para infecções primárias quanto para reativação de infecção latente (maioria dos casos) por *Mycobacterium tuberculosis*, este se manifestando usualmente nos primeiros meses após a cirurgia de transplante e no período de imunossupressão mais intensa. Também, existem relatos na literatura de tuberculose transmitida pelo próprio enxerto renal.⁴

Em virtude das manifestações clínicas serem frequentemente diversas e atípicas, o diagnóstico é geralmente um desafio nos doentes imunossuprimidos, o que pode atrasar o tratamento adequado com a terapêutica antibacteriana.

Além disso, o risco elevado de disseminação, a mortalidade elevada e a baixa sensibilidade das técnicas diagnósticas disponíveis, além da alta toxicidade e das interações dos medicamentos antituberculosos com os imunossupressores, fazem com que a doença nesse grupo de pacientes se torne um desafio para o médico transplantador.

CASO CLÍNICO

Descrevemos o caso de uma paciente do sexo feminino, 63 anos, transplantada renal há 4 anos, com queixa de dor e crescimento progressivo de tumoração paraesternal a esquerda de início há alguns meses. Sem outras queixas, negava histórico de febre, perda ponderal ou sudorese.

Paciente doente renal crônica por nefrite lúpica, recém mastectomizada parcialmente devido Neoplasia de Mama de diagnóstico recente com linfadenectomia axilar ipsilateral livre de neoplasia. Não se submeteu a quimioterapia ou radioterapia, e estava em tratamento imunossupressor para o transplante renal com Micofenolato Sódico, Tacrolimo e Prednisona.

Referia tratamento de abscesso paravertebral lombar há 1 ano com antibioticoterapia oral e drenagem.

Contagem de leucócitos e demais laboratoriais sem alterações. Exames de imagem com lesão expansiva osteolítica, com realce periférico e irregular, determinando áreas de necrose, em manúbrio esternal, articulação esternoclavicular e costosternal do primeiro e segundo arcos costais à esquerda e em coluna lombar a nível de L1/L2, associado a importante aumento das partes moles adjacentes e densificação do tecido subcutâneo regional. Parênquima pulmonar assim como respectivos linfonodos sem alterações.

Para esclarecimento etiológico paciente foi submetida biópsia de tumoração que revelou inflamação granulomatosa necrotizante tuberculose com PCR positiva para *Mycobacterium tuberculosis*.

Concluímos assim se tratar de osteomielite tuberculosa e foi instituído tratamento com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol com melhora clínica da paciente.

como foi o caso de nossa paciente, que com apresentação clínica atípica, foi necessário o isolamento do microorganismo para o diagnóstico definitivo.

O diagnóstico é confirmado com a demonstração de bacilo ácidoresistente (BAAR) em material coletado do paciente, seu crescimento em meios de cultura específicos, ou diagnóstico histológico característico de TB e com o uso do PCR (*polymerase chain reaction*).

Devido à frequente disseminação da TB nos doentes imunossuprimidos, a terapêutica antibacteriana deve ser instituída o mais precocemente possível sempre que haja um elevado grau de suspeita clínica, mesmo na ausência de isolamento de Mt e/ou de alterações histológicas sugestivas de TB.

A terapêutica preconizada para os transplantados renais é a mesma da população em geral⁹ e consiste na administração de isoniazida (10 mg/kg/dia), rifampicina (10 mg/kg/dia), pirazinamida (15 mg/kg/dia) e etambutol (15 mg/kg/dia) durante 2 meses, seguido da administração de isoniazida e rifampicina durante os 4 meses subsequentes⁸. Este é o esquema de tratamento antibacteriano atualmente utilizado no nosso serviço e que foi utilizado pela paciente, com boa resposta clínica. Em mais de 90% dos casos, ocorre remissão microbiológica, sem aparecimento de recidivas^{8,9}. Os efeitos colaterais da terapêutica antibacteriana são frequentes e o seu aparecimento deve ser rigorosamente monitorizado. Nossa paciente não teve efeitos colaterais durante seu tratamento.

A gravidade clínica da TB é significativamente maior nos doentes transplantados apresentando, neste grupo de doentes, uma taxa de mortalidade entre os 20 e 30%^{6,8,9}. Nosso doente teve boa evolução clínica sem complicações.

Assim, em virtude da dificuldade diagnóstica da tuberculose nos doentes transplantados renais e da elevada mortalidade desta patologia infecciosa neste grupo de doentes, deverá existir sempre um elevado grau de suspeita clínica e uma atitude diagnóstica rigorosa e muitas vezes invasiva, de modo a permitir a instituição precoce da terapêutica antibacteriana.

DISCUSSÃO

A tuberculose nos transplantados renais pode envolver vários órgãos, o que dificulta muitas vezes o seu diagnóstico. As 2 formas mais frequentes nesse grupo de pacientes são a pleuropulmonar e a disseminada. O envolvimento pulmonar isolado ou associado a outros órgãos ocorre em metade dos casos e cerca de 33% na forma disseminada. Por outro lado, a localização extrapulmonar isolada não é rara, sendo a gastrointestinal a sua forma mais frequente⁶. Já a osteomielite de esterno causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, como foi o caso da nossa paciente, é rara, representando menos de 1% dos casos de tuberculose óssea na população em geral, sendo sua incidência em transplantados renais desconhecida.

A sua disseminação pode ser dada através de extensão direta ou proveniente de disseminação linfática ou hematogênica.⁷

Nos doentes imunossuprimidos o uso de procedimentos diagnósticos invasivos, como a broncofibroscopia com lavado broncoalveolar e a biópsia de vários tecidos e órgãos, é muitas vezes necessário para o diagnóstico,

REFERÊNCIAS

1. SANCHEZ A, HERNANDEZ A, RIVERA B. *Mycobacterium tuberculosis* infection in recipients of solid organ transplants. Clin Infect Dis. 2002;34:1037-42.
2. GONZALEZ DE LA HERRERA GA, HERRERA GA. Tuberculosis in patients undergoing maintenance hemodialysis. Am J Med. 2004;116:102-6.
3. SANCHEZ A, HERNANDEZ A, RIVERA B. *Mycobacterium tuberculosis* infection in renal transplant recipients: epidemiologic course and results. Clin Infect Dis. 2004;39:102-6.
4. SANCHEZ A, HERNANDEZ A, RIVERA B. *Mycobacterium tuberculosis* infection in renal transplant recipients: epidemiologic course and results. Clin Infect Dis. 2004;39:102-6.
5. SANCHEZ A, HERNANDEZ A, RIVERA B. *Mycobacterium tuberculosis* infection in renal transplant recipients: epidemiologic course and results. Clin Infect Dis. 2004;39:102-6.
6. SANCHEZ A, HERNANDEZ A, RIVERA B. *Mycobacterium tuberculosis* infection in renal transplant recipients: epidemiologic course and results. Clin Infect Dis. 2004;39:102-6.
7. SANCHEZ A, HERNANDEZ A, RIVERA B. *Mycobacterium tuberculosis* infection in renal transplant recipients: epidemiologic course and results. Clin Infect Dis. 2004;39:102-6.
8. SANCHEZ A, HERNANDEZ A, RIVERA B. *Mycobacterium tuberculosis* infection in renal transplant recipients: epidemiologic course and results. Clin Infect Dis. 2004;39:102-6.
9. SANCHEZ A, HERNANDEZ A, RIVERA B. *Mycobacterium tuberculosis* infection in renal transplant recipients: epidemiologic course and results. Clin Infect Dis. 2004;39:102-6.