19º Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica
Fortaleza – CE
02 – 05 de novembro de 2016

Trabalhos Científicos

Título: Infecção Disseminada Pelo Micobacterium Bovis Bcg Multirresistente

Autores: LEDA LUCIA MORAES FERREIRA; ERICA ALMEIDA VIANA; VIRGINIA MARIA CASTRO RIBEIRO GUEDES; JACY ANDRADE; MARGARETH DALCOLMO; ELIANA DIAS MATOS; ANDREA MACIEL DE OLIVEIRA ROSSONI; MARIA CLAUDIA LUZ DA SILVA MATOS

Resumo: INTRODUÇÃO A vacina do Bacillus Camette Guerin (BCG) vem sendo utilizada há várias décadas como uma das principais estratégias da Organização Mundial de Saúde para o controle da mortalidade por formas graves da infecção causada pelo M. tuberculosis em países em que a doença ainda tem importância epidemiológica, como o Brasil. Embora a vacina BCG seja segura, pode ser associada a efeitos adversos locais e, em raros casos, risco de disseminação sistêmica pelo M. bovis BCG. O Objetivo deste artigo foi relatar um caso raro na literatura, de uma criança com tuberculose disseminada pelo M.bovis secundário à BCG, multirresistente, como apresentação de uma provável imunodeficiência primária e a dificuldade no diagnóstico e manejo destes pacientes graves. RELATO DE CASO Um lactente de 1ano e 8m, proveniente de Livramento-BA, apresentou aos 03 meses de vida drenagem e abscesso no local da inoculação da vacina BCG recebida ao nascimento. Foi iniciado Isoniazida (10mg/kg/dia) por 6 meses e ,após a suspensão da medicação, evoluiu com piora da lesão axilar D, apresentando linfoadenomegalia generalizada, febre prolongada, emagrecimento e hepatoesplenomegalia. Foi iniciado esquema com rifampicina, isoniazida e etambutol com melhora importante do quadro clínico. Houve uso irregular do esquema e em janeiro de 2016 foi reinternado com piora dos sintomas. A TC de tórax e abdôme mostrou múltiplas linfoadenomegalias mediastinais, cervical e axilar com necrose e liquefação central e esplenomegalia com múltiplos nódulos e linfoadenomegalias peripancreáticas, mesentérica e retroperitoneal e teste tuberculínico negativo. Como o paciente não apresentava melhora clínica após 05m de uso do esquema tuberculostático e pela demora do resultado na identificação do complexo M. tuberculosis foi optado pela troca empírica para estreptomicina, etambutol e levofloxacina. Um mês após, obtivemos o resultado da FIOCRUZ/RJ da cultura e PCR para Micobactéria que identificou cepa subtipo M. bovis BCG com resistência à isoniazida e rifampicina. Optou-se pela associação da linezolida ao esquema vigente com boa resposta clínica e melhora progressiva do quadro e recomendado seu uso por um período mínimo de um ano. Discussão Estima-se que a incidência da doença disseminada pelo M. bovis BCG seja de dois casos por um milhão de crianças vacinadas e a forma sistêmica está relacionada em mais de 50% casos com deficiência imunológica grave. O diagnóstico da infecção disseminada é caracterizada por febre, perda de peso, déficit de crescimento, linfoadenomegalia generalizada e hepatoesplenomegalia, como ocorreu com o nosso paciente. O manejo destes casos tem sido difícil pela dificuldade entre diferenciar os diversos subtipos do complexo M. tuberculosis, incluindo a cepa M. bovis oriunda da BCG e do crescente aumento de resistência intrínseca e adquirida. Como a mortalidade é bastante expressiva nestes pacientes com suspeita de imunodeficiência ou resistência da cepa tem sido sugerido de quatro a cinco drogas anti-tuberculosas por um período mínimo de um ano até a recuperação completa da sintomatologia.