



19º Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica



Trabalhos Científicos

Título: Prova Tuberculínica Como Uma Ferramenta Para O Diagnóstico De Tuberculose Latente E Ativa Em Crianças: Revisando Cortes Recomendados

Autores: ARTHUR ÁVILA-MACHADO-MODESTO; MARIA APARECIDA GADIANI FERRARINI; MARIANA BERNARDI VIEIRA SILVEIRA; PAULA ROSEMBERG DE ANDRADE; AIDA DE FÁTIMA THOMÉ BARBOSA; LILY YIN WECKX; REGINA CÉLIA DE MENEZES SUCCI; MARIA ISABEL DE MORAES-PINTO

Resumo: Objetivos: A prova tuberculínica ainda é o método de escolha para investigação de infecção tuberculosa segundo as atuais Diretrizes de Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Contudo, a vacina BCG poderia interferir no resultado da prova tuberculínica, principalmente nos dois primeiros anos após a sua administração. O objetivo deste trabalho foi avaliar qual o ponto de corte mais adequado da prova tuberculínica para definição de infecção tuberculosa/doença em crianças menores de 24 meses de idade, vacinadas com BCG no primeiro mês de vida. Metodologia: Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição. Dois grupos de crianças foram avaliados: lactentes saudáveis, sem contato conhecido com indivíduo com tuberculose pulmonar ativa (n=36) e lactentes diagnosticados com tuberculose, ativa ou latente, expostos a adultos com tuberculose pulmonar ativa (n=10). Todas as crianças, após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido por seus responsáveis legais, realizaram prova tuberculínica e aquelas expostas a adultos com tuberculose tiveram amostras de sangue submetidas a ensaio de liberação de interferon gama (IGRA) – Quantiferon e/ou ELISpot. Para a prova tuberculínica, foi administrado 0,1mL PPD RT-23 2 UT na face anterior do antebraço de cada criança. Decorridas 72 horas da aplicação do PPD, as crianças retornaram para a leitura do tamanho da endureção. O diagnóstico de tuberculose ativa considerou dados clínico-epidemiológicos sugestivos associados a exames complementares positivos (radiológicos, e/ou microbiológicos e IGRAs); para diagnóstico de infecção latente, foi considerado um IGRA positivo na ausência de sintomas e de alterações à radiografia de tórax. Os valores de corte avaliados para uma prova tuberculínica sugestiva de tuberculose foram 10 mm e 5 mm. Resultados: Ambos os grupos foram comparáveis em relação à mediana de idade (grupo exposto à tuberculose, 11,1 meses; grupo não exposto, 12,1 meses; teste t, p=0,079). No grupo exposto havia 5 lactentes com tuberculose latente e 5 com tuberculose ativa. A mediana de endureção da prova tuberculínica foi de zero mm (0-8 mm) nos lactentes não expostos à tuberculose e de 10 mm (0-35 mm) no grupo exposto a tuberculose diagnosticado com tuberculose ativa ou latente (Mann-Whitney, p<0,001). A construção da curva ROC revelou área sob a curva de 0,933 (Intervalo de Confiança de 95%, 0,814-1,000). Considerando-se o corte de 10 mm para a prova tuberculínica, a sensibilidade e a especificidade para diagnóstico de tuberculose foram de 40% 100%, respectivamente; utilizando-se o ponto corte de 5 mm, sensibilidade de 90% e especificidade de 91,7% foram obtidas. Conclusões: O corte de 5 mm para investigação de tuberculose ativa e latente em crianças vacinadas com BCG há menos de 2 anos pode ser mais adequado que o corte de 10 mm atualmente recomendado pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. A redução do corte para 5 mm levaria a um acréscimo de sensibilidade, permitindo que mais crianças sejam diagnosticadas e tratadas para tuberculose latente e ativa.