



## 19º Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica



### Trabalhos Científicos

**Título:** Tuberculose Ganglionar Com Disseminação Para Pele Em Criança De 02 Anos De Idade Imunocompetente

**Autores:** MARCELLY RAIZA DA SILVA E SILVA; RAQUEL LEONCIO DE ALMEIDA; JOYCE FERNANDA DE NAZARE DE SOUZA QUARESMA; JULIANA PASTANA RAMOS; JESSICA LORENA ALVES

**Resumo:** A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa de elevada magnitude e importância no mundo. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada com o bacilo causador da doença. Nesse cenário, o Brasil faz parte dos 22 países que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo, ocupando a 16ª posição em número absoluto de casos (WHO, 2014). As formas extrapulmonares da TB ocorrem em órgãos sem condições ótimas de crescimento bacilar, geralmente de instalação insidiosa (LOPES et al, 2006), sendo que na infância, representam aproximadamente 25% dos casos, sendo os gânglios periféricos uma das localizações mais frequentes (BRASIL, 2010). Este trabalho objetiva apresentar um relato de caso de TB ganglionar com disseminação para pele e tecido celular subcutâneo em criança de 02 anos de idade sem imunodeficiência prévia. Pré-escolar feminina, dois anos e um mês de idade, parda, foi hospitalizada em junho de 2016 em serviço pediátrico de referência no estado do Pará para investigação de lesão submandibular de crescimento progressivo, com sinais flogísticos, iniciada há dois meses. Previamente hígida, passou a apresentar perda de peso (cinco quilogramas), febre moderada, predominantemente noturna, sudorese. Tinha história de contato com aves, cachorro, gato e adulto sintomático respiratório. Foi tratada com uma penicilina via oral, sem melhora. Posteriormente, foi internada em pronto-socorro com diagnóstico de abscesso submandibular e pneumonia, tratada com antibiótico. Evoluiu com um ponto de fistulização submandibular. Teve alta hospitalar após 18 dias, ainda apresentando a fístula, evoluindo compiorea, sendo reinternada após 20 dias em regular estado geral, sem adenomegalias, eutrófica, presença de cicatriz vacinal da BCG, leucositose importante e desvio a esquerda, sendo iniciado uma penicilina resistente a betalactamase. Foi submetida a procedimento cirúrgico para drenagem do abscesso, cujo material apresentou ausência de BAAR, pesquisa de fungos negativa, cultura negativa. Realizou-se Ultrassonografia cervical, que mostrou área irregular, heterogênea, sem evidência de coleções bem delimitadas, englobando pele e tecido celular subcutâneo profundo, medindo cerca de 4cm no maior eixo. Não se observou linfonodomegalia regional. Apresentou melhora progressiva do hemograma; porém, piora da lesão, com surgimento de três pontos de fistulização em região submandibular, que ulceraram, adquiriram aspecto vegetante e coalesceram, formando uma lesão de cerca de 6 x 4 cm. Foram solicitadas TCs de tórax e abdome, sem alterações significativas. O exame anatomopatológico teve como resultado focos de necrose supurativa e presença de células do tipo corpo estranho com granulomas frouxos. Os cortes corados pelo PAS e Grocott não revelando presença de fungos; e pelo Fite-Faraco, não revelaram BAAR. A sorologia de HIV 1 e 2 foi negativa. Diante do quadro clínico e epidemiológico, iniciou-se a poliquimioterapia para tuberculose com melhora progressiva da lesão. É importante ressaltar que as lesões que não melhoram com antibioticoterapia convencional devem remeter ao diagnóstico diferencial com tuberculose, devido a elevada incidência em nosso meio. Outras patologias como leucemia, paracoccidiodomicose devem entrar no leque de diagnósticos diferenciais a ser investigados.