# Trabalhos Científicos

**Título:** Tuberculose Ganglionar Intra-Abdominal Em Paciente Pediátrico: Relato De Caso

**Autores:** RAFAEL ILEUS MONTEIRO LIMA (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ), ALEXANDRE MENDES MOURA (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ), FERNANDA FURTADO ARAÚJO (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ), JULIANE LOPES DO NASCIMENTO (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ), CARLOS VICTOR DA SILVA NASCIMENTO (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ), ALINE CAROLINA CASTRO MOTA (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ), NATASHA MIKE KAWAI (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ), CAROLINE CUNHA DA ROCHA (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ), LILIAN FRANÇA DOS SANTOS MONTEIRO PEREIRA (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ), CYLIA OLIVEIRA GUEDES PEREIRA SERIQUE (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ), ANA CLAUDIA COSTA GONÇALVES (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ)

**Resumo:** A tuberculose extrapulmonar corresponde a 30% das formas da doença, sendo a mais prevalente, a sua forma ganglionar. Dentre ela, 15% de todos os casos têm localização cervical acometida. No entanto, outros locais podem ser envolvidos, tais como gânglios intra-abdominais e mediastinais. Desse modo, esta patologia de diagnóstico complexo deve ser investigada pelos pediatras em pacientes com síndrome febril sem etiologia esclarecida. O presente caso refere-se a um paciente pediátrico, sexo masculino, 6 anos de idade, com história de perda ponderal há cerca de 2 anos evoluindo há 3 meses com distensão abdominal, hepatoesplenomegalia, hematoquezia, cefaleia e febre intermitente e prolongada. Em investigação diagnóstica durante internação, exames de tomografias identificaram múltiplas adenomegalias mediastinais, retroperitoneais e mesentéricas. Após descartado outras etiologias infecciosas, como outras bactérias, doença fúngica, mononucleose, toxoplasmose e neoplasia primária ou metastática foram realizados também, estudos para tuberculose. Devido à localização profunda, optou-se por realizar biópsia de linfonodo abdominal com resultado favorável a linfadenite tuberculosa e prova tuberculínica positiva (PPD). Iniciou-se então esquema tríplice (rifampicina, isoniazida e pirazinamida), tendo o paciente evoluído com boa tolerância e adesão ao tratamento. As crianças têm um elevado risco de desenvolver formas extrapulmonares devido à imaturidade do sistema imunitário, com maior probabilidade de desenvolvimento de formas graves da infecção. Nos casos de linfadenite tuberculosa abdominal, a via de contágio mais comum é a ingestão de material contaminado, sendo também possível, como ocorre noutras localizações, a disseminação hematogênica a partir de uma fonte de infecção, como o pulmão. Neste caso, o paciente apresentava contato com adulto sintomático suspeito, ainda em apuração. A investigação diagnóstica foi direcionada após a negativa de marcadores oncológicos e PPD (>14mm) com resultado favorável, sendo a broncoscopia com aspiração transbrônquica por agulha descartada devido localização de difícil acesso e riscos de complicações. Optou-se pela biópsia excisional do linfonodo abdominal por permitir descartar diferenciais como o linfoma, tendo sido identificado no exame anatomopatológico a inflamação granulomatosa, necrose caseosa associadas a macrófagos e células gigantes multinucleadas, favorecendo o diagnóstico definitivo. O diagnóstico de tuberculose ganglionar deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais dentre as patologias febris associadas a adenites. A broncoscopia pode ser usada para isolamento de Micobacterium tuberculosis em doentes com tuberculose ganglionar com localização mediastínica e hilar, a depender da localização anatômica. O acompanhamento periódico deve ser iniciado o mais precoce possível, pois favorece a melhora clínica e sucesso terapêutico.