

TUBERCULOSE CONGÉNITA

A Tuberculose (TB) continua a ser um grave problema de saúde pública a nível nacional e mundial. Em Portugal, a TB não recrudescceu mas a sua incidência mantém-se alta: 42 e 37 casos por 100.000 habitantes em 2000 e 2001, respectivamente, taxa que é tripla da média dos quinze países da União Europeia. Estas taxas de incidência situam-se dentro do perfil de uma redução média de 3,3% nos últimos 5 anos, pelo que deve continuar a existir uma preocupação constante com o fenómeno da TB em Portugal, já que factores condicionantes como a infecção a VIH, a toxicodependência, os movimentos migratórios e o desenvolvimento de resistência do *Mycobacterium tuberculosis* aos antibacilares influenciam deveras a epidemiologia da doença.

A incidência de TB nas mulheres em Portugal foi de 25,4 em 2001, algo inferior à taxa geral, 42; no entanto, ela resulta sobretudo do contributo, a níveis superiores, do grupo etário entre os 15 e os 45 anos, quer dizer no período fértil. A TB congénita deve merecer alto índice de suspeição, atenção diagnóstica e tratamento atempado. A TB congénita é muito rara se comparada com a incidência de TB infantil em geral, mas a sua gravidade é extrema, devido à disseminação generalizada e morte em cerca de 30% dos casos, alguns dos quais só foram diagnosticados na autópsia.

A infecção do feto, no fundo a verdadeira TB congénita, pode resultar da disseminação hematogénea transplacentária directamente da circulação materna ou após lesão caseosa da placenta; da aspiração ou deglutição de líquido amniótico infectado; do contacto directo, durante o parto, com lesões genitais da mãe. Na via de infecção transplacentária, a infecção primária tem lugar no fígado do feto, mas também pode ocorrer no pulmão se houver desvio circulatório através do ductus venoso; se houve ingestão de líquido amniótico, o complexo primário tem sede no fígado e nos gânglios da zona da veia porta. Se houve aspiração, o complexo primário ocorre no pulmão. No momento do parto a criança pode ser contagiada por aspiração de material infectado a partir de uma endometrite materna, bem como por contacto com sangue da mãe numa fase de disseminação hematogénea.

O conceito de TB congénita deve distinguir-se do de TB pós-natal que ocorre quando: o recém-nascido (RN) inala bacilos de um contacto próximo que pode ser a mãe, outro familiar ou pessoal de saúde; é contaminado por um instrumento cirúrgico ou de enfermagem; é infectado devido à ingestão de leite contaminado.





• Para distinguir a TB congénita de TB pós-natal, aceitam-se os critérios que Cantwell e outros, sob a égide do CDC de Atlanta, propuseram em 1994 e que resultaram de uma análise crítica actualizada dos originais que Beitzke já defendera em 1935. São eles:

- 1) demonstração bacteriológica ou anatomopatológica de lesões de natureza tuberculosa no RN ou pequeno lactente de 4 a 12 semanas;

• e, pelo menos, mais um dos restantes critérios:

- 2) lesões na primeira semana de vida;
- 3) complexo primário hepático ou granulomas hepáticos caseificados;
- 4) infecção tuberculosa documentada na placenta ou no tracto genital materno;
- 5) exclusão da possibilidade de transmissão pós-natal a partir da mãe ou de outras origens.

Em termos clínicos e terapêuticos, as diferenças entre TB congénita e TB pós-natal podem ser pouco significativas.



PROTOCOLO

A – RASTREIO

- Durante a gravidez deve ser avaliado o grau de risco para a TB da grávida.
Alto risco: diagnóstico recente de TB doença ou infecção nos familiares ou conviventes; grávidas que viajaram por ou imigrantes de países de alta prevalência; doenças intercorrentes com efeito imunossupressor; infecção a VIH.
- Conhecer as provas tuberculínicas e as terapêuticas específicas efectuadas anteriormente.
- Se necessário, proceder à realização de prova tuberculínica = reacção de Mantoux.

B – GRÁVIDA COM TB INFECCÃO

1) TB infecção recente = viragem tuberculínica

- Tratar com a) Hidrazida(H) + RifampicinaHÁ – 4 meses = 4HR
ou só com H – 6 meses = 6H
- b) Se HIV+ - tratar 12 meses
- c) sempre com piridoxina - 25 a 50mg/dia
- d) juntar Vit. K se o tratamento ocorrer no 1º trimestre
- Todos os familiares e conviventes da grávida devem ser rastreados.
- Exame morfológico e histológico da placenta.
- O RN deve ser rastreado para o diagnóstico de TB congénita.

2) TB infecção antiga

Sempre discutível o tratamento. Há quem o defenda se:

- Grávida com <35 anos e:
 - R. Mantoux >15mm com ou sem BCG;
 - R. Mantoux >10mm sem BCG e migração recente de países de alta prevalência;
 - R. Mantoux >5mm sem BCG e com infecção a VIH.

C – GRÁVIDA COM TB PULMONAR diagnosticada durante a gravidez, em regime terapêutico e não contagiosa.



1) Consequências para o feto

- Não existem provas seguras de que os antibacilares dos esquemas recomendados sejam teratogênicos.
- Das drogas de primeira linha – H, R, Z (pirazinamida), S (estreptomicina) e E (etambutol) – só S está formalmente contra-indicada devido à sua ototoxicidade fetal.
- Se a terapêutica se iniciar no primeiro trimestre, à piridoxina deve juntar-se a vitamina K.
- Reforçar a vigilância clínica e ecográfica do feto e clínica e laboratorial da mãe.
- Todos os familiares devem ser rastreados.

2) Consequências para o RN

- Análise morfológica, bacteriológica e histológica da placenta.
- O RN deve ser avaliado para a hipótese de TB congênita: radiografia do tórax, prova tuberculínica, pesquisa de BK no suco gástrico, urina e liquor.
- A mãe pode amamentar porque as pequenas concentrações de antibacilares no leite materno não são perigosas para o lactente e também não servem de eventual efeito profilático.
- Não fazer BCG, que poderá equacionar-se se a TB da mãe for multir-resistente.
- Excluída a hipótese de TB congênita o RN deve iniciar quimioprofilaxia com H (5 a 10 mg/k/dia) e manter durante 3 meses. Juntar piridoxina. Então repete R. Mantoux e radiografia do tórax.
 - Tuberculínica (-) e radiografia do tórax normal – pára H. Repetir R. Mantoux após 6 a 12 meses.
 - Tuberculínica (+) e radiografia do tórax normal – TB infecção, faz 4HR.(3HR + 6H- total de 9 meses)
 - Tuberculínica (+) e radiografia do tórax com alterações – TB doença pós-natal (equacionar diagnóstico diferencial com TB perinatal), 2HRZ + 2HR; juntar piridoxina.

D – GRÁVIDA COM TB PULMONAR diagnosticada antes do parto com ou sem terapêutica antibacilar mas com baciloscopia (+) na altura do mesmo

- O RN deve ser separado da mãe até à negatificação da expectoração e completa aderência da mãe à terapêutica.
- O RN deve ser submetido às mesmas avaliações diagnósticas, terapêuticas e profi-

láticas como em B) e C).

- Exame completo e rigoroso da placenta.
- Todos os familiares devem ser rastreados.
- Se a grávida ou outros familiares têm tuberculose multirresistente ou má aderência à terapêutica, considerar a vacinação com BCG.

E – TB CONGÉNITA

- Clínica: hepato-esplenomegália, dificuldade respiratória, dificuldade na alimentação, febre, linfadenopatias, distensão abdominal, letargia ou irritabilidade, otorreia e lesões dérmicas papulares por ordem de frequência.
- Diagnóstico: Critérios de Cantwell.
- Terapêutica
 - a) Início imediato em face da assunção criteriosa da suspeita e após as colheitas, sem esperar pelo resultado dos exames pedidos, incluindo a prova tuberculínica; esta é quase sempre negativa mas pode ser positiva mais tarde.
 - b) Esquema terapêutico
2HRZS + 7 ou 10 HR
H – 5 a 10 mg/k/dia,
R – 10 a 20 mg/k/dia
Z – 20 a 30 mg/k/dia
S – 30 mg/k/dia
piridoxina – 25 a 50 mg/k/dia.
Reforço dos suplementos vitamínicos habituais.
- Seguimento: Vigilância clínica quinzenal no 1º mês e depois mensal.

