



# Tuberculose Miliar causada pelo uso de imunossupressor em paciente com Doença de Crohn

Odoni, LO<sup>1</sup> ; Silva, ER<sup>2</sup>; Souza, RL<sup>3</sup>;Thiago, CBOS<sup>4</sup>; Vicenzi, LA<sup>5</sup>  
1- Hospital Regional Homero de Miranda Gomes  
2- Universidade do Sul de Santa Catarina – campus Pedra Branca

## Introdução/Fundamentos

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelas espécies que compõem o complexo *Mycobacterium tuberculosis*. A infecção por TB geralmente ocorre no início do tratamento com o imunossupressor como infecção primária ou pode haver reativação da TB latente, que se manifesta com rápida progressão<sup>1</sup>.

## Objetivos

Relatar o caso de Tuberculose Miliar em paciente realizando tratamento com imunossupressor devido Doença de Crohn (DC).

## Métodos

Relato de caso.

## Resultados

Paciente masculino, 20 anos, apresentando há 3 meses quadro de tosse seca, associado febre diária (38,5°C – 40°C), astenia, sudorese noturna e à dispneia progressiva, inicialmente aos grandes esforços, progredindo para os pequenos esforços. Portador de DC, com início de tratamento há 3 meses com 3 doses de Infliximabe e Azatioprina 150mg . Sendo aventada hipótese de TB Miliar diante de padrão de imagem em exame realizado em 20/06/2023. Iniciou esquema RIPE (Etambutol + Isoniazida + Pirazinamida + Rifampicina) via Unidade Básica de Saúde. Paciente persistiu com quadro de febre diária, evoluindo com náusea, vômitos (4-5 episódios/dia) e epigastralgia. Procura o serviço e é Internado na enfermaria de Clínica Médica, sendo suspenso o esquema RIPE. Após melhora dos sintomas, retoma esquema RIPE com boa tolerabilidade.

Diante de melhora clínica, paciente tem alta hospitalar com prescrição de RIPE e seguimento em UBS, Prednisona 40mg Via Oral e seguimento com médico gastroenterologista

Exames laboratoriais: Hemoglobina 10 g/dL, Hematócrito 29 g/dL – normocrômica e normocítica, Leucócitos 8.240 mm<sup>3</sup> Segmentados 5.678 mm<sup>3</sup>, Linfócitos 1.367 mm<sup>3</sup>, Plaquetas 212.000 mm<sup>3</sup>, Creatinina 0,9 mg/dL, Ureia 22 mg/dL, Sódio 127 mEq/l, Potássio 3,8 mEq/l, AST 21 U/l, ALT 16 U/l

Sorologias: Não Reagentes

BAAR: Negativo

TC de Tórax: Micronódulos pulmonares em distribuição randomizada bilateral que pode estar relacionado a disseminação hematogênica de TB miliar. Linfonodomegalias mediastinais localizadas das cadeias paratraqueais à direita, paraaórtica, subcarinal, hilar à esquerda medindo até 18mm. Agrupamento de pequenos linfonodos em ambas as cadeias axilares.

## Conclusões/Considerações Finais

Frente a pacientes com indicação de terapia imunossupressora, é imprescindível que sejam rastreados para infecções oportunistas e latentes<sup>2</sup>, como da TB, antes do início da terapia, além de uma vigilância mais significativa para novas infecções.

## Referências Bibliográficas

1- Fehily SR, Al-Ani AH, Abdelmalak J, Rentch C, Zhang E, Denholm JT, Johnson D, Ng SC, Sharma V, Rubin DT, Gibson PR, Christensen B. Review article: latent tuberculosis in patients with inflammatory bowel diseases receiving immunosuppression-risks, screening, diagnosis and management. *Aliment Pharmacol Ther.* 2022 Jul;56(1):6-27. doi: 10.1111/apt.16952. Epub 2022 May 20. PMID: 35596242; PMCID: PMC9325436.

2- Solovic I, Sester M, Gomez-Reino JJ, Rieder HL, Ehlers S, Milburn HJ, Kampmann B, Hellmich B, Groves R, Schreiber S, Wallis RS, Sotgiu G, Schölvinck EH, Goletti D, Zellweger JP, Diel R, Carmona L, Bartalesi F, Ravn P, Bossink A, Duarte R, Erkens C, Clark J, Migliori GB, Lange C. The risk of tuberculosis related to tumour necrosis factor antagonist therapies: a TBNET consensus statement. *Eur Respir J.* 2010 Nov;36(5):1185-206

