

TUBERCULOSE GANGLIONAR RESISTENTE EM PACIENTE JOVEM SEM FATORES DE RISCO: RELATO DE CASO

Luciana Sênos de Mello¹, Aline Santana Juncker¹, Ítalo Grimaldi¹, Daniela Miti Tsukumo Seixas², Cristina Alba Lalli².

1. Residente de Medicina Interna do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas;
2. 2. Preceptor da disciplina de Medicina Interna do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose, Tuberculose extrapulmonar, Tuberculose ganglionar, Tuberculose resistente.

INTRODUÇÃO: A Tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa grave, que, apesar de curável, é considerada a moléstia infecciosa de agente único que mais leva à óbito pela Organização Mundial da Saúde, sendo causada por espécies do complexo *Mycobacterium tuberculosis* e transmitida de pessoa a pessoa por meio de gotículas de aerossóis. O pulmão é o órgão mais afetado, porém 20% das infecções por TB são extrapulmonares (TBEP), tendo como forma mais frequente a pleural, seguida de ganglionar, miliar, óssea, meníngea, genitourinária, entre outras. Devido a mutações espontâneas, a TB pode ser resistente a fármacos da primeira linha de tratamento, sendo os principais fatores de risco: história de tratamento prévio, reingresso após abandono, imunodeficiência e tabagismo, e gerando mais um obstáculo para o tratamento da doença. **OBJETIVOS:** O objetivo desse relato é demonstrar um caso de tuberculose extrapulmonar resistente ao tratamento convencional em paciente jovem sem fatores de risco. **DELINEAMENTO E MÉTODOS:** Relato de caso retrospectivo observacional. **RESULTADOS:** Paciente masculino, 19 anos, sem comorbidades ou adicção a álcool, tabaco ou outras drogas, foi admitido em Enfermaria de Medicina Interna devido a quadro de perda ponderal de 10Kg e febre. Em exames laboratoriais, hemoculturas e sorologias para hepatites virais, infecções fúngicas e parasitárias negativas, assim como perfil inflamatório e reumatológico. Em tomografia computadorizada, evidenciado linfonodomegalia mediastinal, axilar bilateral e para-aórtica, além de hepatomegalia e cistos esplênicos. Realizada biópsia de linfonodo axilar direito com linfadenite necrosante não supurativa e Coloração Ziehl-Nielsen positiva para bacilo álcool-ácido resistente (BAAR). Iniciado tratamento preconizado para TB com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol com melhora do quadro clínico. Durante a fase de manutenção – Rifampicina e Isoniazida –, houve retorno de febre e surgimento de linfonodo cervical. Este foi biopsiado com resultado de linfadenite crônica granulomatosa exsudativa com extensa necrose caseosa e pesquisa de BAAR e fungos negativa. Baciloscopias e broncoscopia negativas para teste rápido e pesquisa direta de micobactérias. Reintroduzido

esquema quádruplo com nova melhora clínica. **CONCLUSÃO:** O relato evidencia a importância da suspeição clínica de TB resistente em pacientes sem fatores de risco com manutenção de sinais e sintomas da doença mesmo em vigência de tratamento preconizado.