



Más notícias...ou talvez não!

António Macedo,* Arminda Santos**

RESUMO

Introdução: A linfadenopatia periférica apresenta, muitas vezes, dificuldades diagnósticas ao médico de família. O caso a seguir relatado pretende demonstrar a abordagem da linfadenopatia cervical em cuidados primários, a importância da história clínica e do exame físico e a relevância da coordenação com os cuidados secundários.

Descrição do caso: Mulher de 43 anos de idade, empregada de limpeza no desemprego, com antecedentes de rinite alérgica, sinusite, varicectomia e depressão reactiva. Fumadora e com antecedentes familiares de tuberculose pulmonar em familiares do primeiro grau. Recorre à sua médica de família com tumefacção dolorosa no triângulo posterior do pescoço direito com 1 ano de evolução. O estudo ecográfico mostra adenomegalia com características suspeitas de doença de Hodgkin e a doente é referenciada aos cuidados secundários, onde é submetida a excisão ganglionar, cuja análise histológica e posterior cultura confirma o diagnóstico de linfadenite tuberculosa, sendo referenciada ao Centro de Diagnóstico Pneumológico para tratamento.

Comentário: Este relato demonstra a importância da avaliação sistemática de uma adenomegalia e a relevância da tuberculose como problema prevalente em Portugal, para o qual o médico de família deve estar alerta. É evidenciada a função fulcral do médico de família como gestor dos cuidados de saúde à população e o seu papel na conexão entre os diferentes níveis de prestação de cuidados.

Palavras-chave: Linfadenopatia; Linfadenopatia Cervical; Tuberculose; Linfadenite Tuberculosa.

INTRODUÇÃO

A linfadenopatia é um sinal muito comum e quando, após a história clínica e o exame objectivo, a causa não é óbvia, esta constitui um problema diagnóstico. Uma avaliação sistemática das linfadenopatias vai permitir a tranquilização dos doentes e um diagnóstico correcto, sendo a necessidade de referenciação para uma biopsia ganglionar uma decisão crítica para o médico de família.¹ Este sinal pode ser o único achado clínico ou um de vários achados não específicos e, embora a sua presença levante a preocupação de se estar perante uma doença séria (como um processo infeccioso grave ou neoplásico), em doentes que se apresentam nos cuidados primários é, geralmente, o resultado de causas infecciosas benignas.¹⁻³ De facto, um estudo de base populacional mostrou que, de todas as linfadenopatias de causa desconhecida observadas em cuidados primários, dez por cento necessitaram de referenciação a um especialista e em apenas um por cento a causa era maligna.⁴

Mesmo assim, toda a linfadenopatia deve ser siste-

maticamente caracterizada em tamanho, consistência, regularidade, aderência, sintomas acompanhantes, localização e distribuição. O médico de família deve estar atento a sinais de alarme. Gânglios com mais de 1 cm, persistentes, duros, irregulares, aderentes e acompanhados de sintomas B (febre, suores nocturnos ou perda de peso) devem fazer suspeitar de malignidade. Em relação à distribuição, a linfadenopatia pode ser classificada em localizada ou generalizada (quando os gânglios linfáticos estão aumentados em duas ou mais áreas não contíguas) e esta distinção é também importante na formulação de um diagnóstico diferencial.^{1,2} Aproximadamente três quartos dos doentes que se apresentam nos cuidados primários com linfadenopatia de etiologia desconhecida têm doença localizada e os restantes generalizada. Dos que apresentam linfadenopatia localizada, 55 por cento têm a doença limitada à região da cabeça e pescoço.² Nestes, a causa do aumento dos gânglios linfáticos pode ser devida a infecções sistémicas ou da cabeça e pescoço, mas, quando se limitam ao triângulo posterior do pescoço, a possibilidade de malignidade (linfoma ou carcinoma metastático) ou tuberculose deve ser ponderada.³

Com o caso a seguir relatado pretende-se demonstrar a abordagem de uma linfadenopatia cervical em

*Interno de Medicina Geral e Familiar

Centro de Saúde da Senhora da Hora (ULS Matosinhos)

**Assistente de Medicina Geral e Familiar

Centro de Saúde da Senhora da Hora (ULS Matosinhos)



cuidados primários e a importância da história clínica, do exame físico e da coordenação com os cuidados secundários, com o objectivo de oferecer a melhor resposta quando se coloca a hipótese de uma doença grave.

DESCRIÇÃO DO CASO

Identificação e antecedentes

Mulher de 43 anos de idade, caucasiana, de nacionalidade portuguesa, residente no concelho de Matosinhos e empregada de limpeza, actualmente desempregada. Divorciada desde há 6 anos, vive com os 2 filhos.

Apresenta uma alimentação diversificada e tabagismo activo de cerca de 42 unidade/maço/ano. Nega hábitos alcoólicos. Teve a menarca aos 12 anos e apresenta cataménios regulares com duração aproximada de 4 dias. Teve 2 gestações desejadas, negando antecedentes de abortos espontâneos ou provocados. Efectuou laqueação tubária em 2001. Com antecedentes cirúrgicos de duas cesarianas e de varicectomia em 2003 e antecedentes médicos de rinite alérgica e sinusite. Nega alergias, realização de viagens ao estrangeiro, não tem animais de estimação e nega realizar jardinagem ou outros *hobbies*. Apresenta plano nacional de vacinação

actualizado, com referência a vacinação com bacilo Calmette-Guerin (BCG), mas não se encontra imunizada para a hepatite B.

Os problemas de saúde activos da doente são o tabagismo e um estado depressivo, reactivo a um divórcio litigioso. Está medicada com escitalopram, na dose de 10 mg, uma vez por dia, ao pequeno-almoço e alprazolam, 1 mg, uma vez por dia, ao deitar.

Nos antecedentes familiares, salienta-se que o seu pai faleceu aos 36 anos de idade com tuberculose e tinha antecedentes de asma. A mãe tem 69 anos de idade e apresenta problemas de osteoporose e osteoartrite. Tem nove irmãos (três do sexo masculino e seis do sexo feminino), dos quais um tem antecedentes de tuberculose e uma irmã tem epilepsia (Figura 1). Refere que, quando vivia com os pais e irmãos, não possuíam ligação de esgotos à rede pública, a casa de banho era única e exterior à casa e que as dimensões da casa eram pequenas para o tamanho da família. Desconhece se, na altura do diagnóstico de tuberculose do pai e irmão, foi efectuado rastreio aos restantes familiares. Também não sabe quais foram os serviços de saúde que acompanharam os dois casos.

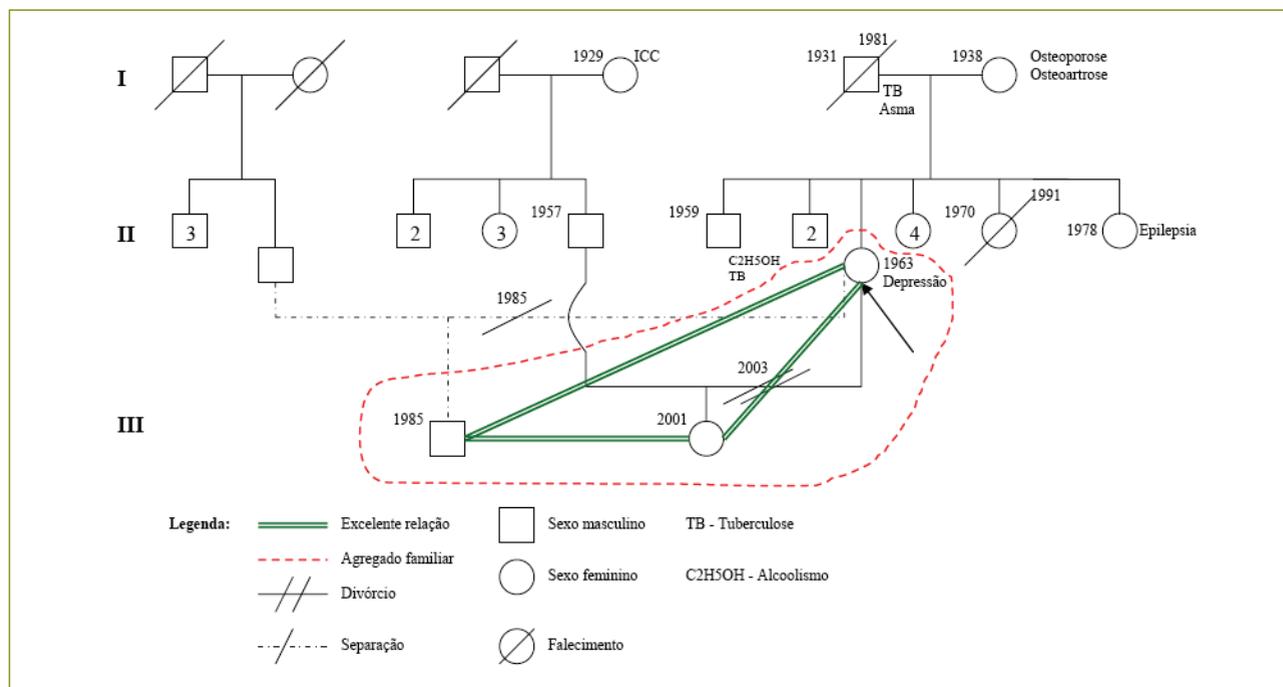


Figura 1. Genograma.



Caracterização familiar

O agregado familiar da doente é constituído pela própria e pelos seus dois filhos, de 22 e 6 anos de idade, frutos de dois relacionamentos. A família está inserida na classe V da escala de Graffar, vivendo num bairro social. A casa tem electricidade e água canalizada, mas a casa de banho é exterior e não tem ligação à rede pública de esgotos, sendo de salientar graves problemas de infiltrações.

História da doença actual

Em Dezembro de 2006 recorre à consulta da sua médica de família devido a uma tumefacção na região cervical posterior, com um ano de evolução. Nos últimos meses tinha aumentado de volume e era dolorosa. Negava a presença de sintomas acompanhantes, nomeadamente febre, perda de peso, suores nocturnos, tosse, fadiga ou infecções respiratórias recentes. Também não havia história de manipulação dentária, sintomas dos dentes ou gengivas, viagens recentes ou contactos com animais, especialmente com gatos. Ao exame objectivo era evidente uma tumefacção no triângulo posterior do pescoço, à direita, com cerca de 2 cm de maior diâmetro, de consistência firme, com bordos bem definidos, não móvel e com dor à palpação. Não eram palpáveis gânglios linfáticos nas regiões pré-auricular, occipital, submandibular, supraclavicular, axilar ou inguinal. Não se encontraram alterações no couro cabeludo, à palpação dos seios perinasais frontais e maxilares, ao exame otológico e da orofaringe. Na região cervical não se encontraram outras alterações. O restante exame objectivo por segmentos não apresentava alterações, sendo de salientar a ausência de hepatoesplenomegalia. Para clarificação da origem da tumefacção foi pedida uma ecografia das partes moles da região em questão e ministrada medicação analgésica.

Duas semanas depois, a doente regressa ao centro de saúde, mantendo as queixas da primeira consulta e referindo que a dor cervical se mantinha, mesmo com medicação analgésica. Traz o resultado da ecografia realizada, referindo a presença de um gânglio linfático de dimensões aumentadas, com alterações sugestivas de doença de Hodgkin. Devido à suspeita de malignidade, a doente é referenciada ao Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto, para realização de estudo complementar, em particular, de uma biopsia. O con-

tacto com os cuidados secundários é realizado de modo urgente, por fax, e a doente fica com consulta marcada num prazo de duas semanas.

Após orientação diagnóstica e terapêutica no IPO, a doente regressa, um mês depois, à consulta com a sua médica de família, sintomaticamente melhorada e subjectivamente com uma relativa sensação de alívio. A informação de retorno trazida pela doente revelava que efectuara exames complementares de diagnóstico, nomeadamente hemograma com contagem leucocitária e plaquetas, electroforese de proteínas do plasma, função renal e hepática e doseamento de eritropoietina e β 2-microglobulina, que não apresentaram alterações. Também realizara serologia do vírus da imunodeficiência humana (VIH), que fora negativa. Não efectuara outros exames analíticos ou radiológicos. Concomitantemente, foram efectuadas excisão e biopsia da adenomegalia, com o objectivo de alcançar um diagnóstico definitivo. A caracterização imunofenotípica da adenopatia não mostrou alterações e o exame histológico evidenciou a presença de granulomas de células epitelióides, com algumas células gigantes de tipo corpo estranho e extensas áreas de necrose caseosa. Apesar da pesquisa de microrganismos por método directo, especificamente com coloração de Ziehl-Neelsen, ser negativa, o exame cultural foi positivo para a presença de *Mycobacterium tuberculosis complex*, com sensibilidade para os tuberculostáticos de primeira linha. É efectuado o diagnóstico de adenite cervical tuberculosa e, após contacto com a médica de família, a doente é referenciada para o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Matosinhos, para orientação terapêutica e posterior avaliação.

Cerca de dois meses depois, a doente efectua novo contacto com a médica de família, para pedir renovação da sua medicação habitual. Encontrava-se apreensiva com o diagnóstico e com o facto de ter que realizar uma terapêutica prolongada com tuberculostáticos. Este sentimento deveu-se, essencialmente, aos efeitos secundários sentidos no primeiro mês de tratamento. Este foi acompanhado por uma sensação de mal-estar, náusea e fadiga intensa, bem como pela anormal coloração laranja da urina. Após este período, os efeitos secundários foram diminuindo de intensidade e a doente foi capaz de prosseguir com a terapêutica até ao fim sem mais intercorrências. Salientou-se a



necessidade da continuação do tratamento e do acompanhamento regular no CDP, devido à importância da monitorização da terapêutica, reforçando-se o bom prognóstico associado ao seu cumprimento. A doente foi informada sobre a necessidade de evitar o uso de álcool e de manter um estilo de vida saudável, reforçando a importância da evicção tabágica. Como a doente estava esterilizada cirurgicamente, não foi necessária qualquer atitude em relação à contracepção. Por se tratar de uma forma extra-pulmonar não infecciosa de tuberculose, devido a provável reactivação de tuberculose latente com infecção primária na infância, o rastreio dos conviventes com a prova de tuberculina não foi necessário, tal como não foi efectuada a notificação da doença.

Um ano depois, a doente faz novo contacto, para efectuar o exame anual de saúde a sua filha mais nova. Era evidente uma melhoria do humor, que a doente associava ao fim do tratamento e cura da tuberculose ganglionar, bem como com novas vivências, nomeadamente a perspectiva de iniciar uma nova relação pessoal e o regresso ao trabalho.

COMENTÁRIO

O caso clínico atrás referido mostra uma abordagem em cuidados primários de uma tumefacção cervical com características preocupantes. Uma vez que a sua origem levantou dúvidas, a avaliação inicial consistiu no pedido de uma ecografia, devido à sua maior especificidade diagnóstica, tendo esta confirmado a presença de uma adenomegalia.

Como já foi referido, qualquer adenomegalia deve ser avaliada de uma forma sistemática, procurando, pela história clínica, conhecer factores causais (p.e. exposição ambiental, comportamentos de risco, medicação) descrevendo, o melhor possível, as suas características e procurando outras regiões ganglionares afectadas. De um modo geral, no contexto dos cuidados primários de saúde, as adenomegalias têm causas benignas, como, por exemplo, estados infecciosos agudos, que são curáveis neste nível de cuidados.^{1,2,4} Não se encontrando uma causa provável para este sinal e não existindo o risco, perante a história ou exame físico, de malignidade ou doença grave, é legítimo um acompanhamento do doente durante cerca de 3-4 semanas, uma vez que, devido à sua benignidade, a maio-

ria resolve neste período.² No entanto, o clínico deve estar atento a sinais de alarme, como o aparecimento de novas adenomegalias, determinadas características dos gânglios (consistência dura, bordos irregulares, aderência a planos profundos, tamanho superior a 2 cm) ou localização supraclavicular, que o façam suspeitar da malignidade da situação. A idade também pode levantar suspeitas, havendo estudos que indicam que, acima dos 40 anos de idade há maior probabilidade de malignidade.² Nestes casos, um estudo complementar é obrigatório, devendo o doente ser referenciado para biopsia do gânglio, que fornecerá o diagnóstico definitivo.

No caso descrito, devido às características clínicas, duração e localização da adenomegalia, o clínico tendeu para um diagnóstico diferencial preocupante, nomeadamente uma doença maligna (linfoma ou carcinoma metastático com primário na região da cabeça-pescoço). Esta preocupação aumentou pela suspeita de linfoma de Hodgkin, relatado na ecografia. A médica de família viu-se, assim, confrontada com uma adenomegalia cervical posterior de características malignas (superior a 1 cm de maior diâmetro, de consistência firme e não móvel), cuja orientação implicava a referenciação para os cuidados secundários, para realização de estudo complementar e biopsia de gânglio. Pela duração e características da adenomegalia e tendo em conta a possível gravidade da situação, optou-se pela orientação para um centro especializado e com uma resposta rápida.

Nestas situações, o estudo complementar a pedir deve ter em conta as principais causas de linfadenopatia (Quadro I), devendo englobar a realização de hemograma, velocidade de sedimentação eritrocitária, função hepática, função renal, proteinograma, serologias (pesquisa de VIH, vírus Epstein-Barr, citomegalovírus, hepatites, toxoplasmose), estudo da coagulação, prova tuberculínica e pesquisa de anticorpos antinucleares. A radiografia torácica pode ser útil para despiste de nódulos pulmonares ou alargamento mediastínico, que se correlaciona com adenopatias mediastínicas, ou pode revelar a presença de alterações suspeitas de tuberculose ou de neoplasia. A suspeita de doença de Hodgkin (como o que aconteceu neste caso), poderia levar à tentativa de realizar uma tomografia computadorizada (TAC), para estadiamento de linfomas pelo sistema de Ann-Ar-

QUADRO I. Principais causas de linfadenopatia

Principais Causas de Linfadenopatia

- Mononucleose infecciosa
- Toxoplasmose
- Infecção por citomegalovírus
- Infecção por VIH
- Doença da arranhadela do gato
- Faringite bacteriana (por estreptococos grupo A, gonococos)
- Tuberculose
- Sífilis secundária
- Hepatite B
- Linfogranuloma venéreo
- Cancróide
- Lúpus eritematoso sistémico
- Leucemia
- Linfoma
- Sarcoidose

Legenda: VIH – vírus da imunodeficiência humana. Baseado em: Ferrer R. *Lymphadenopathy: differential diagnosis and evaluation. Am Fam Physician. 1998 Oct 15; 58 (6): 1313-20.*

bor. No entanto, o diagnóstico definitivo desta patologia, como já foi referido, não é conseguido através de exames de imagem mas por estudo histológico, sendo essencial a realização primária de uma biopsia ganglionar.

Neste caso, foi realizado o diagnóstico definitivo de uma doença infecciosa ainda prevalente no nosso país, a tuberculose. A tuberculose é a segunda causa de morte por doenças infecciosas no mundo, logo a seguir à infecção por VIH.⁵ Desde os anos 80, o número de casos de tuberculose parece verificar um aumento constante, que é mais significativo em países em desenvolvimento, parecendo estar associado à infecção pelo VIH.^{5,6,7}

A principal manifestação clínica da tuberculose é a doença pulmonar. As apresentações extrapulmonares contabilizam cerca de 20 por cento dos casos em doentes VIH negativos, mas são a manifestação mais comum em indivíduos VIH positivos.^{5,8} Em 2007 foram notificados, em Portugal, 3.127 novos casos de tuberculose, dos quais 25 por cento corresponderam a formas extra-pulmonares.⁷ Entre as pessoas não infectadas pelo VIH, a doença extrapulmonar, particularmente a linfadenite tuberculosa, é comum no sexo feminino (como no caso descrito) e em crianças pequenas. Muito provavelmente,

é devida a reactivação de doença num local que foi inicialmente infectado durante a disseminação hematogénea da infecção primária, ocorrida anos antes (o que se correlaciona com os antecedentes familiares de tuberculose que a doente apresenta).^{5,8,9} A apresentação clínica mais típica é uma linfadenopatia crónica, indolor, num adulto jovem sem sintomas sistémicos. A massa pode estar presente e passar despercebida e sem diagnóstico, até cerca de 12 meses. No exame objectivo poderá encontrar-se uma massa, discreta e firme, de gânglios linfáticos, fixos às estruturas adjacentes, por vezes acompanhada de endurecimento da pele. Pode, também, acompanhar-se de fistula ou flutuação, mas estes achados são pouco comuns.^{8,9} Os gânglios linfáticos cervicais são tipicamente afectados na linfadenite tuberculosa, com envolvimento em 63 a 77 por cento dos casos. Uma massa unilateral surge, mais frequentemente, nos triângulos cervicais posteriores ou anteriores, sendo a doença bilateral pouco comum.⁹ A maioria dos doentes irá ter um teste de tuberculina positivo e uma radiografia pulmonar sem alterações. É de salientar que o teste da tuberculina está mais indicado no rastreio da infecção latente da tuberculose em indivíduos com risco de contraírem o *Mycobacterium tuberculosis* e em risco de progredirem de infecção latente para infecção activa. É um teste que tem pouca especificidade em pessoas vacinadas com o bacilo de Calmette-Guérin (BCG) e uma baixa sensibilidade em indivíduos com diminuição da imunidade celular, podendo atingir uma taxa de 10 a 20 por cento de falsos negativos.^{10,11} Na abordagem de uma infecção activa, pulmonar ou extra-pulmonar, o diagnóstico definitivo é melhor alcançado através da cultura de secreções biológicas ou tecido infectado. Neste caso, a biopsia excisional do gânglio linfático afectado, com posterior análise histológica, microscopia directa com a técnica de Ziehl-Neelsen e cultura do material obtido em meio de cultura próprio para micobactérias foi decisiva para o diagnóstico final.^{8,9,12} Devido à elevada prevalência do vírus VIH em pessoas com tuberculose, também se recomenda a realização de serologia para este vírus aquando do diagnóstico de um novo caso de tuberculose.⁹

O tratamento cirúrgico isolado em doentes imunocompetentes tem maus resultados, devido à elevada taxa de recorrência e fistulização. A técnica cirúrgica está, assim, reservada para estabelecer o diagnóstico e


QUADRO II. Regimes de tratamento da tuberculose recomendados pela Organização Mundial de Saúde

Categoria de tratamento	Apresentação da tuberculose	Tratamento da tuberculose	
		Fase Inicial (diariamente ou 3 vezes por semana)	Fase Manutenção (diariamente ou 3 vezes por semana)
I	Novos casos de tuberculose pulmonar esputo positivo ou tuberculose extra-pulmonar grave* ou HIV positivo	2 meses de HRZE ou 2 meses de HRZS	4 meses de HR 6 meses de HE
II	Tuberculose pulmonar previamente tratada; recidiva; falência do tratamento	2 meses de HRZES e 1 mês de HRZE	5 meses de HRE
III	Novos casos de tuberculose pulmonar esputo negativo ou formas menos graves de tuberculose extra-pulmonar	2 meses de HRZE	4 meses de HR ou 6 meses de HE

*Consideram-se formas graves de tuberculose extra-pulmonar a tuberculose meningea e do sistema nervoso central, tuberculose espinal, tuberculose abdominal, derrame pleural bilateral, derrame pericárdico e tuberculose óssea ou articular envolvendo mais de um local. Legenda: H - isoniazida; R - rifampicina; Z - pirazinamida; S - estreptomicina; E - etambutol. Baseado em: *Frieden TR, Sterling TR, Munsiff SS, Watt CJ, Dye C. Tuberculosis. Lancet 2003 Sep 13; 362 (9387): 887-99.*

tratamento da doença localmente avançada, doença persistente e presença de fístula. De facto, a infecção por *Mycobacterium tuberculosis* não é considerada uma doença localizada e, portanto, a antibioterapia sistémica deve ser sempre instituída.^{5,9,12} Para os doentes com tuberculose de categoria III, onde se inclui a linfadenite tuberculosa, a OMS recomenda, actualmente, um regime de seis meses de terapêutica com isoniazida e rifampicina, acompanhado de pirazinamida e etambutol nos primeiros dois meses, ministrados diariamente ou três vezes por semana.^{5,13,14} (Quadro II) É de realçar que, durante o tratamento antituberculoso, os gânglios linfáticos afectados podem aumentar de tamanho ou podem surgir novas adenomegalias, o que representa uma resposta imune às micobactérias eliminadas.⁸ Neste caso, o tratamento que a doente efectuou foi implementado e monitorizado pelo centro de referência no tratamento da tuberculose da área de residência da doente: o CDP de Matosinhos. A doente estava motivada em prosseguir com a terapêutica e efectuou o tratamento acima referido, preconizado para as formas ligeiras de tuberculose extra-pulmonar. O primeiro mês de tratamento foi acompanhado por uma sensação de mal-estar, náusea e fadiga intensa, bem como pela anormal coloração laranja da urina, que são efeitos secundários frequentes dos tuberculostáticos utilizados (ver Quadro III). Durante todo o período de tratamento, a vigilância da hepatotoxicidade, também muito fre-

quente com estes fármacos, foi efectuada pelo CDP. Como a doente estava esterilizada cirurgicamente, não foi necessária qualquer atitude em relação à contracção. No entanto, é de salientar que a rifampicina reduz a eficácia dos anticoncepcionais orais. Implantes hormonais, anticoncepcionais injectáveis e anticoncepção de emergência também podem ser afectados. Em mulheres em idade fértil está, assim, recomendado o uso de outros métodos anticoncepcionais (preservativo, por exemplo). Os tuberculostáticos de primeira linha (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol) não são teratogénicos, estando mais que indicado o tratamento da tuberculose na mulher grávida, pois o benefício em tratar ultrapassa o risco. No entanto, nos Estados Unidos, a pirazinamida não está recomendada durante a gravidez, excepto quando outros fármacos são menos eficazes ou não estão disponíveis. A isoniazida, devido ao maior risco de neuropatia periférica e efeitos no sistema nervoso central na mulher grávida (tal como em doentes alcoólicos e mal nutridos), deve ser acompanhada de suplementação com piridoxina (vitamina B6). O tratamento durante a amamentação não acarreta qualquer risco para a criança devido às baixas concentrações dos tuberculostáticos no leite materno.⁵

Uma vez que a tuberculose ganglionar não é uma doença de declaração obrigatória (apenas o são a tuberculose respiratória, a tuberculose miliar e a tuberculo-

QUADRO III. Principais efeitos adversos dos tuberculostáticos de primeira-linha

Fármaco	Efeitos adversos principais
Isoniazida	Aumento das transaminases; hepatite; neuropatia periférica; efeitos no SNC; aumento concentrações fenitoína; interação com dissulfiram
Rifampicina	Hepatite, febre, trombocitopenia, síndrome gripal; coloração alaranjada de secreções; diminui concentração de vários fármacos como metadona, varfarina, ACO, hipoglicemiantes orais, teofilina, dapsona, cetoconazol, inibidores da protease e inibidores da transcriptase reversa não-nucleosídeos
Pirazinamida	Perturbações gastrointestinais; hepatotoxicidade; hiperuricemia; artralgias; gota; eczema
Etambutol	Diminuição da acuidade visual e discriminação das cores verde-vermelho; eczema

Legenda: SNC - sistema nervoso central; ACO – anticoncepcionais orais. Baseado em: Frieden TR, Sterling TR, Munsiff SS, Watt CJ,

se do sistema nervoso central) não foi efectuada a sua notificação.

Este relato demonstra a importância da avaliação e valorização sistemática de uma adenomegalia na aproximação a um diagnóstico diferencial. O médico de família, como primeiro contacto com o sistema de saúde, tem um papel primordial em pormenorizar a história e o exame objectivo, dependendo dele a decisão acerca do grau de gravidade de uma adenomegalia e da necessidade de meios de diagnóstico mais diferenciados, geralmente apenas acessíveis após referência. Também faz ressaltar a relevância da tuberculose como problema prevalente em Portugal, para o qual o médico de família deve estar alerta. Neste caso, o médico de família seguiu a doença e abordou-a no contexto da doente, funcionando como o gestor da sua situação clínica, ao referenciar aos cuidados secundários implicados. Salienta-se a necessidade de informação de retorno e da comunicação entre os diferentes níveis de saúde, pois permitem identificar o problema e prosseguir o tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Simon HB. Evaluation of lymphadenopathy. In: Goroll AH, Mulley AG. Primary Care Medicine. Office Evaluation and Management of the Adult Patient. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 73-7.
2. Ferrer R. Lymphadenopathy: differential diagnosis and evaluation. Am Fam Physician 1998 Oct 15; 58 (6): 1313-20.
3. Fletcher RH. Evaluation of peripheral lymphadenopathy in adults. UpToDate 2007. Disponível em: http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=whitecel/8494&selectedTitle=1~150&source=search_result [acedido em 25/10/2007].
4. Fijten GH, Blijham GH. Unexplained lymphadenopathy in family practice: an evaluation of the probability of malignant causes and the effectiveness of physicians' workup. J Fam Pract 1988 Oct; 27 (4): 373-6.
5. Frieden TR, Sterling TR, Munsiff SS, Watt CJ, Dye C. Tuberculosis. Lancet 2003 Sep 13; 362 (9387): 887-99.
6. Brass JB. Epidemiology of tuberculosis. UpToDate 2007. Disponível em: http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=tubercul/6232&selectedTitle=4~150&source=search_result [acedido em 25/10/2007].
7. World Health Organization. Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009. Switzerland: WHO; 2009. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/pdf/full_report.pdf [acedido em 12/07/2009].
8. Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary tuberculosis: an overview. Am Fam Physician 2005 Nov 1; 72 (9): 1761-8.
9. Spelman D. Tuberculous lymphadenitis. UpToDate 2007. Disponível em: http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=tubercul/10671&selectedTitle=1~8&source=search_result [acedido em 25/10/2007].
10. Lalvani A. Diagnosing tuberculosis infection in the 21st century: new tools to tackle an old enemy. Chest 2007 Jun; 131 (6): 1898-906.
11. Hauck FR, Neese BH, Panchal AS, El-Amin W. Identification and management of latent tuberculosis infection. Am Fam Physician 2009 May 15; 79 (10): 879-86.
12. McClay JE, Lewis MR. Scrofula. eMedicine; 2006. Disponível em: <http://www.emedicine.com/ent/TOPI524.HTM> [acedido em 25/10/2007].
13. Jawahar MS, Rajaram K, Sivasubramanian S, Paramasivan CN, Chandrasekar K, Kamaludeen MN, et al. Treatment of lymph node tuberculosis: a randomized clinical trial of two 6-month regimens. Trop Med Int Health 2005 Nov; 10 (11): 1090-8.
14. van Loenhout-Rooyackers JH, Laheij RJ, Richter C, Verbeek AL. Shortening the duration of treatment for cervical tuberculous lymphadenitis. Eur Respir J 2000 Jan; 15 (1): 192-5.

Os autores declararam não possuir conflitos de interesses

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

António Macedo
Rua D. João de Castro, 225
4435-674 Baguim do Monte
E-mail: antmac.antonio@gmail.com

Recebido em 26/06/2008

Aceite para publicação em 25/08/2009



ABSTRACT

ARE THESE REALLY BAD NEWS? (A CASE REPORT OF TUBERCULOUS LYMPHADENITIS)

Introduction: Peripheral lymphadenopathy constitutes a diagnostic problem to the family physician. The following case pretends to demonstrate and discuss the approach to cervical lymphadenopathy in primary care, the importance of clinical history and physical examination and of the coordination with secondary care.

Case description: Woman, 43 years old, unemployed, divorced and with two children, with prior history of allergic rhinitis, sinusitis, varicetomy and depression, and a family history of pulmonary tuberculosis in first degree relatives. She seeks her primary care provider with a painful tumefaction in the posterior triangle of the neck with one year of evolution. An ecographic study shows an adenomegaly and the suspicion of Hodgkin's disease. The patient is referred to secondary care where she is submitted to an exsiccional biopsy. After histologic analysis and culture in specific medium a diagnosis of tuberculous lymphadenitis is reached. The patient was then oriented to a tuberculosis clinic for treatment.

Comentary: This case reveals the importance of a systematic evaluation of lymphadenopathy in the differential diagnosis and tuberculosis as a prevalent problem in Portugal for wich the family physician must be alerted to. It is demonstrated the relevance of the family doctor as a cornerstone of the health care system as the first and constant link to the different levels of health care provision.

Keywords: Lymphadenopathy; Cervical Lymphadenopathy; Tuberculosis; Tuberculous Lymphadenitis.
