



Tuberculose cutânea: um caso clínico

Maria Gomes,¹ Margarida Rocha,² Ana Rita Molinar,³ Inês Marques³

RESUMO

Introdução: A tuberculose cutânea resulta de uma infeção crónica por *Mycobacterium tuberculosis*. A apresentação clínica associada depende de vários fatores, entre os quais o local da infeção e o estado imunitário do hospedeiro.

Descrição do caso: Relata-se o caso de uma mulher de 58 anos, natural de Angola, que recorreu aos cuidados de saúde primários com sintomas de edema, calor e rubor no primeiro dedo da mão direita, sendo assumido o diagnóstico de paroníquia. Porém, a doente manteve as queixas, com aparecimento de furúnculos de forma intermitente e progressivamente em maior número. Foi encaminhada para a consulta de dermatologia para realização de biópsia, que viria a reportar dermatose granulomatosa necrotizante. Consequentemente, realizou a testagem para tuberculose através do teste IGRA (*interferon gamma release assay*), que se revelou positivo.

Comentário: O diagnóstico de tuberculose cutânea exige um alto grau de suspeição por parte do médico. Neste sentido, importa alertar para esta forma clínica da infeção por tuberculose para que casos de uma doença tratável e de notificação obrigatória não passem despercebidos.

Palavras-chave: Tuberculose cutânea; Furúnculo; Dermatose granulomatosa necrotizante; Tuberculose.

INTRODUÇÃO

Há vários anos, a tuberculose era considerada um problema de saúde pública em Portugal. No entanto, com as medidas de higiene implementadas na sociedade, a evolução no conhecimento científico que permitiu a implementação de estratégias de prevenção primária (como é o caso da vacinação com a BCG, a vacina contra a tuberculose), assim como a instituição de terapêutica eficaz e gratuita, foi possível controlar a incidência da mesma.

Têm sido apontados como eventuais causas do aumento da incidência desta patologia o aparecimento de tuberculose multirresistente, a maior incidência de indivíduos VIH-positivos e pessoas a receber tratamento com imunossuppressores.¹

Em Portugal, o limite considerado como baixa incidência de tuberculose terá sido alcançado em 2015.² No entanto, é ainda um dos países da Europa Ociden-

tal com taxas de incidência mais elevadas. Em 2020 foram contabilizados 1.465 casos de tuberculose (novos casos e retratamentos), sendo a região de Lisboa e Vale do Tejo aquela que obteve uma maior incidência.² Destes casos, apenas 30,3% tiveram uma apresentação clínica extrapulmonar.²

Relativamente à tuberculose cutânea, depende de vários fatores: o local de infeção, o estado imunitário do hospedeiro e a patogenicidade da bactéria.^{1,3} Dessa forma, pode apresentar diversas formas clínicas.^{1,3-4} O envolvimento da pele pode resultar de inoculação exógena, disseminação contígua por foco de infeção próximo ou também por foco de infeção à distância através de disseminação hemática.^{1,4} Para o diagnóstico desta patologia, com este tipo de apresentação, é de extrema importância a existência de um alto índice de suspeição, caso exista o contexto clínico apropriado.¹ Nestes casos, a biópsia cutânea deve ser realizada, assim como testes de anticorpos monoclonais e PCR, que poderão ser úteis caso o resultado da biópsia seja de inflamação não específica sem formação de granuloma clássico.¹ Quanto ao tratamento, este normalmente requer quimioterapia combinada, principalmente em casos com múltiplas lesões ou com altos graus de imunossupressão.¹

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Professor Guilherme Jordão, ULS Santa Maria. Lisboa, Portugal.

2. Médica de Interna de Medicina Geral e Familiar. UCSP Sete Rios, ULS Santa Maria. Lisboa, Portugal.

3. Médica Assistente Graduada em Medicina Geral e Familiar. USF Professor Guilherme Jordão, ULS Santa Maria. Lisboa, Portugal.



Figura 1 (A) e (B). Indicadas pelas setas estão as diferentes lesões cutâneas presentes na mão direita da utente.

DESCRIÇÃO DO CASO

Relata-se o caso de uma mulher de 58 anos, natural de Angola, a residir em Portugal desde 1982, com viagens frequentes à sua terra natal. Como antecedentes patológicos apresentava talassemia minor e anemia condicionada por essa patologia. Não fazia qualquer medicação crónica à data do caso clínico.

A utente recorreu em março/2022 aos cuidados de saúde primários com sintomas de edema, calor e rubor no primeiro dedo da mão direita, que associava a picadas de plantas no contexto laboral enquanto jardineira, tendo sido assumido como diagnóstico inicial uma infeção cutânea na sequência da lesão de continuidade provocada pela picada. Foi medicada com cefuroxima 500 mg, 2 id durante oito dias. Posteriormente, ainda no mesmo mês, por não haver melhoria do quadro, foi medicada com clindamicina 150 mg, 3 id durante cinco dias, fluconazol 200 mg, 1 id durante sete dias e

uma combinação de econazol com triamcinolona 10 mg/g+1 mg/g para aplicação tópica durante sete dias para excluir também etiologia fúngica.

Em abril/2022 recorre novamente com queixas compatíveis com furúnculos e paroníquia no primeiro dedo da mão direita, com aumento do número de lesões de aparência granulomatosa (Figura 1). Nesta observação é medicada com flucloxacilina 500 mg, 3 id durante oito dias e com uma combinação de hidrocortisona com ácido fusídico para aplicação tópica com a mesma duração de tratamento. Nesta consulta, a utente é ainda encaminhada para consulta hospitalar de dermatologia por incerteza diagnóstica, considerando a recorrência do quadro sem resposta às diversas terapêuticas instituídas previamente.

Em maio do mesmo ano tem consulta de dermatologia, onde é submetida a biópsia da lesão. O relatório de anatomia patológica evidenciou aspetos



consistentes com dermatose granulomatosa necrotizante, com pesquisa de microrganismos negativa; no entanto, não excluía etiologia infecciosa.

À data do resultado da biópsia é pedida realização de testes de ensaios de detecção de interferon gama (IGRA) com resultado positivo. Assume-se, assim, o diagnóstico de tuberculose cutânea, com encaminhamento da utente para o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP).

COMENTÁRIO

A tuberculose cutânea, devido à sua baixa prevalência e diversidade da clínica, não é dos diagnósticos com maior probabilidade numa lista de diagnósticos diferenciais para lesões cutâneas. É crucial o médico assistente estar alerta para esta possibilidade, principalmente quando existem fatores de risco. Neste caso, o facto de a doente ser natural de Angola e realizar viagens frequentes para este país poderia ser um fator contribuinte para a suspeição deste diagnóstico, uma vez que este é o país de origem da maioria dos casos de tuberculose na população migrante. Nesta doente, o facto de o seu espaço laboral ser um horto funcionou como fator confundidor, pelo qual as lesões foram inicialmente integradas como panarícios resultantes de pequenos cortes.

A realização de biópsia cutânea, embora nem sempre seja diagnóstica, pode ser compatível ou excluir a suspeição diagnóstica. Posteriormente pode ser necessária a realização de testes específicos, como é o

caso do IGRA, que permite fazer o diagnóstico definitivo.

Esta paciente foi posteriormente encaminhada para o CDP para realização de estudos complementares para averiguar a extensão da doença, assim como para realização do tratamento necessário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hill MK, Sanders CV. Cutaneous tuberculosis. *Microbiol Spectr*. 2017;5(1).
2. Direção-Geral da Saúde. Relatório de vigilância e monitorização da tuberculose em Portugal: dados definitivos 2020. Lisboa: DGS; 2021.
3. Azendour H, Meziane M, Znati K, Benzekri L, Senouci K. A polymorphous cutaneous tuberculosis. *Int J Mycobacteriol*. 2021;10(1):85-8.
4. Brito AC, Oliveira CM, Unger DA, Bittencourt MJ. Cutaneous tuberculosis: epidemiological, clinical, diagnostic and therapeutic update. *An Bras Dermatol*. 2022;97(2):129-44.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, MG e IM; redação do *draft* original, MG e MR; revisão, validação e edição do texto final, MG e ARM.

CONFLITO DE INTERESSES

As autoras declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria Gomes

E-mail: mariajoaomg94@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-0171-0114>

Recebido em 06-02-2023

Aceite para publicação em 01-09-2024

ABSTRACT

CUTANEOUS TUBERCULOSIS: A CASE REPORT

Introduction: Cutaneous tuberculosis results from a chronic infection by *Mycobacterium tuberculosis*. Its clinical presentation depends on various factors, such as the location of the infection and the host's immunity state.

Case description: We describe the case of a 58-year-old woman, born in Angola, who came to a primary care consultation with oedema, heat, and redness of the first finger of the hand, which was assumed to be a paronychia. Subsequently, the complaints continued with the intermittent appearance of furuncles, progressively growing in number. The patient was referred to dermatology, where a biopsy was made, which revealed a necrotizing granulomatous dermatosis. Considering this, an IGRA was performed, with a positive result.

Comment: The diagnosis of cutaneous tuberculosis requires a high level of suspicion by the physician. In this context, it is important to draw attention to this clinical form of tuberculosis infection, so that these cases do not go undiagnosed, untreated, and unnotified.

Keywords: Cutaneous tuberculosis; Furuncles; Necrotizing granulomatous dermatosis; Tuberculosis.