



**Faculdades de Enfermagem e
de Medicina Nova Esperança**

De olho no futuro

Camila de Sousa Wanderley

TUBERCULOSE GANGLIONAR CERVICAL: UM RELATO DE CASO

**JOÃO PESSOA – PARAÍBA
2021**

Camila de Sousa Wanderley

TUBERCULOSE GANGLIONAR CERVICAL:UM RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina Nova Esperança para obtenção do título de especialista em Medicina da Família e Comunidade.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Clélia de Alencar Xavier Mota

**JOÃO PESSOA - PARAÍBA
2021**

W215t

Wanderley, Camila de Sousa
Tuberculose ganglionar cervical: um relato de caso / Camila de
Sousa Wanderley. – João Pessoa, 2021.
26f.; il.

Orientadora: Prof. ^a Clélia de Alencar Xavier Mota Trabalho
de Conclusão de Curso (Residência Médica em Medicina da
Família e Comunidade) – Faculdade de Medicina Nova
Esperança – FAMENE.

1. Tuberculose. 2. Tuberculose Extrapulmonar. 3.
Tuberculose Ganglionar. 4. Mycobacterium Tuberculosis. 5. Caso
Clínico. I. Título.

CDU: 614:616-002.5

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Representação da bactéria <i>M. tuberculosis</i>	10
Figura 2- Radiografia de Tórax evidenciando caverna pulmonar.	12
Figura 3: Radiografia evidenciando consolidação	12

RESUMO

A tuberculose é uma das doenças infecciosas documentadas que há mais tempo acompanha o Homem, causada por bactérias pertencentes ao complexo *Mycobacterium tuberculosis*. Segundo a Organização Mundial de Saúde, milhões de pessoas são infectadas pelo *M. tuberculosis* a cada ano e, nos países subdesenvolvidos, entre 30% e 60% dos adultos estão infectados, revelando-se ainda hoje um problema de saúde pública. A tuberculose ganglionar difere da tuberculose pulmonar. As manifestações clínicas são inúmeras, assim, o diagnóstico torna-se um desafio constante, dependendo principalmente da suspeição clínica. O diagnóstico é muitas vezes complexo e tardio, o que aumenta a sua morbi mortalidade. Este artigo relata um caso de tuberculose ganglionar, fornecendo uma revisão da literatura baseada na evidência científica acerca da epidemiologia, patogênese, infecção, manifestações clínicas, diagnóstico assim como o seu tratamento.

Palavras-chave: Tuberculose, tuberculose extrapulmonar, tuberculose ganglionar, *Mycobacterium tuberculosis*, caso clínico.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is one of the most documented infectious diseases that has been with humans for a long time, caused by bacteria belonging to the *Mycobacterium tuberculosis* complex. According to the World Health Organization, millions of people are infected with *M. tuberculosis* each year and, in underdeveloped countries, between 30% and 60% of adults are infected, which is still a public health problem. Ganglionic tuberculosis differs from pulmonary tuberculosis. The clinical manifestations are numerous, so the diagnosis becomes a constant challenge, depending mainly on the clinical suspicion. The diagnosis is often complex and late, which increases its morbidity and mortality. This article reports a case of ganglionic tuberculosis, providing a literature review based on scientific evidence about epidemiology, pathogenesis, infection, clinical manifestations, diagnosis as well as its treatment.

Key-words Tuberculosis, extrapulmonary tuberculosis, lymph node tuberculosis, *Mycobacterium tuberculosis*, clinical case report.

SUMÁRIO

RESUMO	5
1. INTRODUÇÃO	8
1.1 OBJETIVOS	9
1.1.1 Objetivo geral	9
1.1.2 Objetivos específicos	9
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
2.1 AGENTE ETIOLÓGICO	10
2.2 TRANSMISSÃO	10
2.3 TUBERCULOSE PULMONAR	11
2.4 TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR.....	11
2.5 DIAGNÓSTICO	11
2.6 TRATAMENTO.....	13
2.7 EPIDEMIOLOGIA.....	13
2.8 TUBERCULOSE GANGLIONAR CERVICAL	14
3. METODOLOGIA	16
3.1 TIPO DE PESQUISA	16
3.2 POPULAÇÃO ALVO	16
3.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO	16
3.4 CRITÉRIOS ÉTICOS.....	16
3.5 RISCOS	17
3.6 BENEFÍCIOS	17
4 CASO CLÍNICO	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	22
APÊNDICE 1	24
APÊNDICE 2	25

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch. O bacilo tem como característica a propagação através do ar, por meio de gotículas expelidas por um doente com tuberculose (TB) pulmonar no ato de tossir, espirrar ou falar em voz alta. Essa enfermidade tem sua cadeia epidemiológica e tratamento ambos conhecidos há longo tempo, porém persiste enquanto problema de saúde pública em muitos países (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Estima-se que em 2015 cerca de 10,4 milhões de pessoas desenvolveram tuberculose, 580 mil na forma de TB multirresistente (TB MDR) ou TB resistente à rifampicina (TB RR), e 1,4 milhão morreram da doença. No entanto, foram reportados nesse mesmo ano cerca de 6,1 milhões de casos novos de TB (WHO, 2016).

O Brasil figura como um dos países prioritários para o enfrentamento da tuberculose e da coinfeção TB-HIV, de acordo com a OMS. Isso significa que o país está entre os 48 países prioritários para a abordagem da tuberculose, tanto por ser considerado um dos países com maior número de casos da doença no mundo, como também por ser um dos países com maior número de casos de TB-HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Segundo o DATASUS, em 2019 existem 82.663 casos da patologia com diagnósticos confirmados (DATASUS/SVS).

A doença esteve constantemente associada a condições de pobreza, o que a torna prioritária em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Todavia, esta assertiva não exclui a ocorrência de casos em países desenvolvidos, tendo em vista a alta incidência da coinfeção da Tuberculose com o HIV e outras doenças que debilitam o sistema imunológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Ela pode manifestar-se sob a forma pulmonar e extrapulmonar, desta forma, outros sinais e sintomas, além da tosse prolongada, podem ocorrer e devem ser valorizados na investigação diagnóstica individualizada (CONDE; FITERMAN; LIMA, 2011; SBPT; COMISSÃO DE TUBERCULOSE, 2009; TB CARE I, 2015).

Diante disto, o presente estudo tem como objetivo descrever um relato de caso de paciente acometido por tuberculose ganglionar cervical.

Através da descrição de casos de TB, envolvendo os aspectos clínicos, de diagnóstico e a terapêutica, os novos casos serão mais facilmente identificados, portanto, reconhecidos pelos profissionais de saúde, favorecendo o diagnóstico e uma terapia eficiente e precoce, com consequente redução de sequelas entre os indivíduos em tratamento.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Relatar o caso clínico de um paciente acometido por tuberculose ganglionar cervical, envolvendo os aspectos clínicos de diagnóstico e tratamento.

1.1.2 Objetivos específicos

Efetuar revisão bibliográfica sobre o tema tuberculose ganglionar cervical, correlacionando com os achados na história do sujeito deste trabalho.

Relatar e discutir o caso, buscando informações que ajudem no diagnóstico precoce e consequente tratamento, diminuindo as possibilidades de sequelas em pacientes acometidos.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

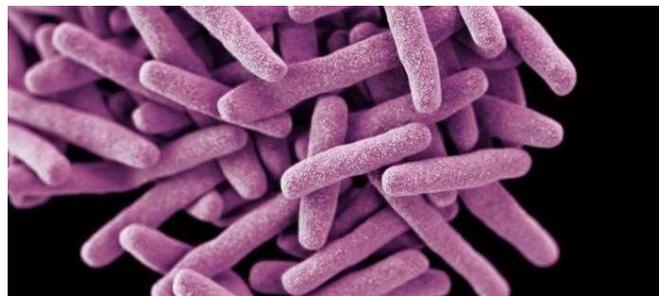
2.1 AGENTE ETIOLÓGICO

Os *Mycobacterium tuberculosis* são bacilos aeróbios estritos que não formam esporos e se diferenciam das demais bactérias por reterem fucsina básica na sua parede celular, mesmo na presença de álcool e ácido, por isso denominados de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR), (AMGH, 2014).

Apresentam baixa diversidade genética e estrutura populacional clonal marcante. *M. tuberculosis sensu stricto* é composto por sete linhagens, incluindo quatro predominantes; 1 Indo-oceânica, 2 leste-asiática incluindo Pequim, 3 leste-Áfrico-Indiana, 4 Euro-Americana. (COLL et al., 2014).

Phelan et al., (2016) constata que linhagens modernas, como as cepas leste-asiática incluindo Pequim e as Euro-Americana, exibem fenótipos mais virulentos em comparação com linhagens antigas, como a leste-Áfrico-Indiana. Embora algumas diferenças genéticas entre linhagens tenham sido identificadas, os mecanismos moleculares responsáveis por diferenças na patogênese e virulência permanecem amplamente desconhecidos.

Figura 01: Representação do bacilo *M. tuberculosis*



Fonte: BARNSTABLE COUNTY, 2021.

2.2 TRANSMISSÃO

É a partir do indivíduo infectado com a forma pulmonar da tuberculose que a infecção tem origem. O potencial do bacilo de Koch ser transmitido é consequência do estado bacilífero do caso índice, e da intensidade em termos de proximidade, tempo, continuidade da exposição com os contactantes somado ao contexto favorável do ambiente onde ele ocorre.

O tempo estimado de exposição necessário para uma infecção bem sucedida é entre

100 e 200 horas, a depender dos fatores acima citados.

O ato de falar, espirrar e tossir - principalmente -, lança gotículas contaminadas no ar denominadas gotículas de Flügge. As mais densas se depositam rapidamente no ambiente, enquanto as menos densas permanecem suspensas no ar.

Porém, apenas as gotículas desidratadas, com diâmetro de no máximo 05 micra, comportando de 01 a 02 bacilos em suspensão, podem atingir os bronquíolos e alvéolos pulmonares, dando início ao processo infeccioso (KOZAKEVICH; DA SILVA, 2015).

2.3 TUBERCULOSE PULMONAR

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, transmitida entre pessoas através de gotículas de aerossóis, causada por um microrganismo chamado *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch (BAAR), que compromete principalmente os pulmões, podendo, entretanto, manifestar-se clinicamente de inúmeras maneiras e em diversos órgãos.

2.4 TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR

Após entrar no organismo, o *M. tuberculosis* tem o potencial de se disseminar e se instalar em diversos órgãos, seja na primo-infecção, quando a imunidade específica não esteja desenvolvida, ou em qualquer momento após primeiro contato, geralmente quando o hospedeiro está imunocomprometido. A tuberculose extrapulmonar se instala insidiosamente e tem evolução lenta (LOPES, CAPONE, MOGAMI, et al., 2006).

2.5 DIAGNÓSTICO

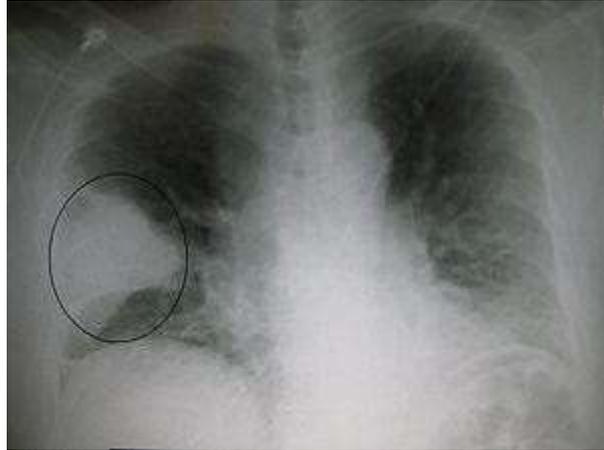
A tuberculose (TB) pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas. A busca ativa de sintomático respiratório é uma importante estratégia para o controle da TB, uma vez que permite a detecção precoce das formas pulmonares.

No entanto, o diagnóstico de TB é mais amplo do que a busca ativa e deve considerar os vários aspectos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Para a avaliação inicial e acompanhamento da TB pulmonar é utilizada a radiografia do tórax. Nela podem ser observados vários padrões radiológicos sugestivos de atividade de doença, como consolidação (Figura 01), nódulos, cavernas (Figura 02), massas, processo

intersticial (miliar), derrame pleural e alargamento de mediastino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Figura 02: Radiografia de Tórax evidenciando consolidação pulmonar



Fonte: COSTA, 2020.

Figura 03: Radiografia de Tórax evidenciando caverna pulmonar.



Fonte: COSTA, 2020.

Além disso, existe o exame bacteriológico, que é um método rápido, seguro e de baixo custo da TB, que é realizado de duas maneiras:

- **Exame microscópico direto (pesquisa de BAAR):** É um método simples e seguro, e a técnica mais utilizada em nosso meio é pelo método Ziehl-nielsen no qual se realiza a pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente – BAAR. Nesse método recomenda-se coleta de três amostras de secreção das vias aéreas inferiores, em dias subsequentes, pela manhã, antes do

desjejum. Ainda é possível proceder à pesquisa de BAAR nas fezes, quando da presença de quadro diarreico sugestivo. A baciloscopia de outros materiais biológicos também está indicada na suspeição clínica de TB extrapulmonar, como é o caso da TB ganglionar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

- **Cultura para micobactéria:** É indicado nos casos em que a baciloscopia é negativa. A cultura possui uma elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da TB, podendo aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença. O resultado da cultura confirma o diagnóstico de micobacteriose, sendo necessária a identificação de espécie para caracterizar se é um caso de TB ou outra micobactéria (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

2.6 TRATAMENTO

No Brasil, o tratamento é realizado com quatro drogas na fase de ataque, a qual dura dois meses, sendo elas: isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. Esse tratamentodura no mínimo seis meses, e é diretamente observado por um profissional de saúde, que acompanha desde o seu início até a cura do paciente, a fim de obter uma boa adesão por parte do mesmo (LIMA, 2017).

Esse tratamento supervisionado diretamente observado (DOTS) é recomendado em todo o mundo, diminuindo assim as taxas de abandono, bem como a persistência de bacilíferos positivos na comunidade (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2013).

2.7 EPIDEMIOLOGIA

A tuberculose matou milhares de pessoas no século XIX por todo o mundo. Na metade do século XX esse número diminuiu pelo fato das pessoas passarem a terem melhores condições de vida, fenômeno já observado em países desenvolvidos há mais tempo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Já no início da década de 1980 foi observado um aumento nos casos de TB, em países desenvolvidos ocorreu principalmente pelo aumento da imunodeficiência humana (HIV), já nos países subdesenvolvidos esse aumento se deu pelo aumento da precariedade da população, crescimento populacional desordenado, baixa qualidade do sistema de saúde e falta de planejamento dos programas de controle de TB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

No ano de 2017, um número estimado de 10 milhões de pessoas contraiu TB, e 1,3 milhão vieram a óbito no mundo, o que deixa TB entre as 10 principais causas de morte no

mundo. As medidas tomadas para diminuição da doença vêm mostrando efeito, com uma diminuição de cerca de 1,4% ao ano desde o ano 2000.

Porém, para chegar ao fim da TB meta almejada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de diminuir para 10 casos por 100 mil habitantes até 2035 teria que ter uma redução de 4 a 5% anual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Algumas pessoas devem ter cuidado por estarem no grupo de risco. Esse grupo de risco quase sempre tem influência com a condição financeira ou até médicos que são expostos com maior frequência. Morador de rua tem maiores risco de contração de TB, seguidos de portadores de HIV, presidiários (aglomeração de pessoas com condição precária é sempre um grande risco) e por fim indígenas, esses são os grupos de maior rotina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

2.8 TUBERCULOSE GANGLIONAR CERVICAL:

Das formas extrapulmonar, a tuberculose ganglionar cervical é sem dúvidas a mais comum de infecção por *Mycobacterium tuberculosis*. Por ter sintomas bastante parecidos com outras patologias, leva muitas vezes a um diagnóstico falho ou tardio (NENO, MIGUEL, 2014). A progressão dos focos bacilares ocasiona a tuberculose ganglionar, mesmo que qualquer cadeia linfonodal possa estar comprometida, ela se localiza na maioria dos casos na cadeia cervical anterior, com leve predominância do lado direito.

Acomete geralmente um único lado e vários gânglios na mesma cadeia. A princípio, os gânglios possuem crescimento lento, são indolores e moveis. Só depois há um crescimento de volume onde tendem a coalescer e fistulizar (LOPES et al., 2006).

Os sinais clínicos inconclusivos como febre e emagrecimento, dificultam o diagnóstico, porém, a tomografia computadorizada é um exame importante para chegar ao diagnóstico. Com essa ferramenta é possível a avaliação concomitante do parênquima pulmonar e do abdome. Podendo também mostrar heterogeneidade da lesão linfonodal específica a uma quantidade pequena de doenças que incluem tuberculose (LOPES et al., 2006).

O diagnóstico pode vir através de punção aspirativa, cerca de 10% a 25% positiva a baciloscopia do material e cerca de 50% a 85% dos casos a cultura. A biopsia do linfonodo costuma ser decisiva, podendo ser observado granuloma com necrose de caseificação entre 91% a 96% dos pacientes. Geralmente o teste tuberculínico é um reator forte, com exceção de pacientes imunossuprimidos (LOPES et al., 2006).

É importante observar que, no decorrer da terapia antituberculosa, os gânglios prejudicados podem aumentar de tamanho, ou ainda, podem desenvolver novas

linfonomegalias, que significa uma reposta do sistema imunológico à morte de microbactérias. Isso também pode ser observado em pacientes infectados pelo HIV, que resulta na reconstituição imunológica que acontece logo após o início do tratamento anti-retroviral (LOPES et al., 2006).

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Foi realizado um estudo do tipo relato de caso, onde foram utilizadas informações retrospectivas, obtidas diretamente na residência do paciente sujeito deste caso.

3.2 POPULAÇÃO ALVO

Teve como público-alvo um indivíduo com história de Tuberculose Ganglionar cervical.

3.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A história que compôs esse relato foi obtida diretamente do paciente, utilizando-se informações verbais do mesmo, bem como dados obtidos nos resultados de exames e relatórios que se encontram com ele.

Não foram realizados exames, procedimentos ou intervenções clínicas. Também foram coletados dados em prontuários dos serviços pelos quais o indivíduo em questão já fora acompanhado.

3.4 CRITÉRIOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido para avaliação e posterior aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina Nova Esperança – CEP/FAMENE-PB, onde foram obedecidas todas as recomendações formais necessárias. A concordância com o Termo de Responsabilidade do Pesquisador Responsável -TCPR (Apêndice 1) e com a declaração de confidencialidade dos dados do sujeito da pesquisa assegurando o sigilo dos dados coletados e a utilização de tais informações única e exclusivamente para fins científicos, preservando, integralmente, o anonimato do paciente, constante no Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 2).

Além disso, o convite ao paciente foi feito através do TCLE, seguindo todas as exigências do CEP/FAMENE-PB, onde foi emitido em duas vias, ambas assinadas pelo paciente e pesquisador, assegurando a preservação da identidade e o direito do mesmo de se desvincular da pesquisa a qualquer momento.

Como a pesquisa foi desenvolvida por pesquisadores do Curso de Medicina e de Fisioterapia, serão levados em consideração os pressupostos do Código de Ética Médica, Res. 1931/2009 e 2.217/2018do CFM.

3.5 RISCOS

Os riscos decorrentes da participação do sujeito na pesquisa decorreram de desconforto emocional durante o momento da coleta dos dados, devido às possíveis recordações vividas pelo mesmo.

Porém, foram tomadas medidas para evitar qualquer situação que o deixe em desconforto, colocando-o mais à vontade possível, para que os questionamentos fossem respondidos de maneira tranquila, clara e segura.

3.6 BENEFÍCIOS

O resultado desta avaliação da descrição de caso clínico pode ser utilizado como um documento de referência no diagnóstico clínico e laboratorial, como também no tratamento da TB, reduzindo as sequelas que porventura possam ser apresentadas pelo paciente.

4 CASO CLÍNICO

G.M.S, feminino, 23 anos, balconista, compareceu em dezembro de 2018 a uma unidade de pronto atendimento com quadro de diarreia, vômito e mialgia. Ao exame físico, abdome indolor a palpação, afebril, corada e hidratada.

No serviço foi realizado um hemograma, leucograma e provas bioquímicas, sem alterações e VHS de 30 mm. Diante do quadro a paciente recebeu o diagnóstico de virose sendo tratada com SF 0,9%, dipirona e nausedron, sendo liberada em seguida.

Seguiu-se então um período sem queixas de aproximadamente três semanas, reaparecendo os sintomas de êmese com raios de sangue, diarreia, tontura, desmaios, lipotimia, dores na região cervical, referindo também, surgimento de tumefações cervicais dolorosas à esquerda.

Diante dos sintomas, a paciente procurou uma unidade básica de saúde em março de 2019, munida de laudo de tomografia realizada em 17 janeiro de 2019 o qual evidenciava múltiplas linfonodomegalias que acometem as cadeias laterais do pescoço à esquerda, alguns com centro hipodenso medindo as maiores 13x9cm; em região posterior à glândula parótida esquerda e de difícil plano de clivagem, processo expansivo com captação heterogênea do meio de contraste medindo 44x22cm com centro hipodenso.

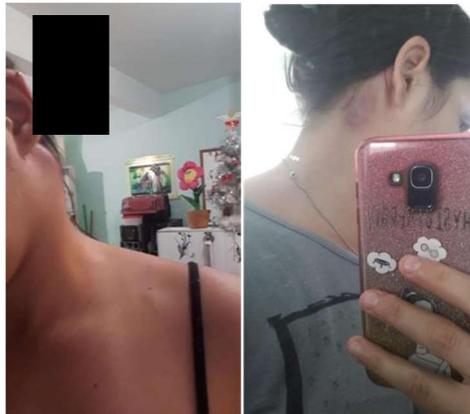
Assim, foi realizada a anamnese e exame físico. A mesma relatou piora dos sintomas iniciais, perda de peso de 7kg em uma semana e aumento crescente dos linfonodos na região cervical, tosse seca e fortes dores de cabeça.

Negava disfagia, dispneia, sudorese noturna e queixas pulmonares. Negava antecedentes pessoais e familiares de Tuberculose Pulmonar (TP) ou possíveis contatos com pessoas doentes. Nega tabagismo, alcoolismo e uso de substâncias tóxicas.

Ao exame físico apresentava regular estado geral e afebril. A mesma possui cicatriz vacinal para BCG.

A palpação cervical identificou nódulos cervicais à esquerda em região V, dolorosos, hiperemiados, móveis de consistência firme, com aproximadamente 6cm (Figura 03):

Figura 03: adenopatia cervical



Fonte: Foto coletada pelo próprio paciente.

Diante do quadro foi solicitado exames laboratoriais sendo o hemograma e leucograma normais e PCR 9,3mg/l.

As sorologias para HIV 1 e 2, toxoplasmose, CMV, VDRL, Hepatite B e C, dando todas negativas, assim como a baciloscopia.

Raio X de tórax não revelou alterações.

Já a prova tuberculínica deu 15mm (Figura 04).

Figura 04: Resultado PPD



Fonte: Foto coletada pelo próprio paciente.

A USG cervical do dia 13/05/2019 mostrava “aumento do número de linfonodos à esquerda, alguns mais hipoeoicos e com perda do hilo central, destacando-se ainda um com calcificação e outro com sinais de fistulização.

Diante dos achados ecográficos as hipóteses de doença granulomatosa e linfoproliferativa devem ser consideradas”.

Perante o resultado dos exames, a paciente foi encaminhada para um médico de cabeça e pescoço para realizar uma biópsia, que foi realizada em 04/07/2019, cujo resultado foi “processo inflamatório crônico incluindo células gigantes tipo corpo estranho em derme, achados inespecíficos. Não há estruturas de linfonodo na amostra”.

Diante dos exames e do quadro clínico, a terapêutica para tuberculose ganglionar foi instituída, sendo o tratamento com rifampicina+isoniazida+pirazinamida+etambutol (4 comprimidos dia) por dois meses. Após esse período com o esquema inicial começa, o de manutenção, com rifampicina +isoniazida (4 comprimidos) por dois meses.

Ao fim de um mês de terapêutica verifica-se gradual melhoria clínica, sem regressão das adenopatias cervicais, sendo solicitado USG e a linfadenectomia cervical esquerda.

A USG realizada no dia 04/09/2019 revelou “conglomerado linfonodal coalescente em nível IIa/IIB com perda do hilo central, medindo cerca de 2,8x1,6x2,7cm”.

Notam-se, também, alguns linfonodos atípicos, mais arredondados e hipocóicos que o habitual em cadeias cervicais IIA/III e VA, os maiores medindo 1,4x0,7cm e 1,1x0,5cm. Dentre as hipóteses diagnosticadas considerar a possibilidade de doença inflamatória/infecciosa bacteriana ou ainda micobacteriana, constando no diagnóstico diferencial doença granulomatosa e linfoproliferativa.

Decidiu-se proceder com a linfadenectomia cervical II à esquerda, para exame de histopatológico para exclusão definitiva da hipótese de linfoma que a primeira citologia tinha ficado inconclusiva.

O resultado revelou “Linfadenite granulomatosa necrosante não caseosa, as características morfológicas sugerem etiologia infecciosa, devendo-se considerar tuberculose ganglionar (apesar da ausência de caseificação)”.

Com isso, o diagnóstico de tuberculose ganglionar foi confirmado e a paciente prosseguiu com a terapêutica anteriormente instituída, tendo ao fim do tratamento a cessação dos sintomas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato de caso apresentado é de suma importância, pois a tuberculose ganglionar é uma doença muito frequente e se faz necessário realizar o diagnóstico diferencial de linfadenopatia cervicais.

Podemos observar que o diagnóstico não é fácil, necessitando de inúmeros exames complementares, já que os exames realizados de forma isolada são na maioria das vezes inconclusivos.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose: cadernos de atenção básica.** 2ªed. Brasília; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil** - Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Controle de Tuberculose.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/41757-brasil-e-um-dos-paises-de-alta-carga-de-tb-com-melhores-indicadores-relacionados-a-incidencia-diz-oms>> Acesso em 01 out. 2021.

BROOKS GF, et al. **Microbiologia médica de Jawetz, Melnick e Adelberg.** 26ª edição. Porto Alegre: AMGH, 2014.

COLL F, MCNEERNEY R, GUERRA-ASSUNSSÃO, GLYNN JR, PERDIGÃO J, VIVEIROS M, PORTUGAL I, PAIN A, MARTIN N, CLARCK TG. **A robust SNP barcode for typing Mycobacterium tuberculosis complex strains.** Nat Commun. 5,481, 2014.

CONDE, M.; FITERMAN, J.; LIMA, M. **Tuberculose.** Rio de Janeiro: GEN/Guanabara Koogan, 2011.

DATASUS. Ministério da Saúde. SVS.

GABRIEL VILLELA KOZAKEVICH; ROSEMERI MAURICI DA SILVA. **Tuberculose: revisão de literatura.** Florianópolis-SC, 2015.

JODY E. PHELAN, FRANCESC COLL, INDRABERGVAL, RICHARD M. ANTHONY, ROB WARRN, SAMANTHA L. SSAMPSON, NICOLLAS C. GEY VAN PITTIUS, JUDITH R. GLYNN, AMELIA C. CRAMPIN, ADRIANA ALVES, THEOLIS BARBOSA BESSA, SUASSUNA CAMPINO, KEERTHANDHEDA, LOUISGRANDJEAN, RUMINA HASAN, ZAHRAHASAN, AANABELA MIRANDA, DAVID MOORE, STEFAN PANAIOTOY, JOAO PERDIGAO, ISABEL PORTUGAL, PATRICIA SHEEN, erivelton de OLIVEIRA SOUSA, ELIZABETH M. STREINCHER, PAUL D. VAN HELDER, miguel viveiros, Martin L. HIBBERD, ARNABPAIN, RUTH MCNERNEY TAANE G. CLARK. **Recombination in pe/ppe genes contribute to genetic variation in Mycobacterium tuberculosis lineages.** BMC Genomics. 2016.

LIMA, CANDICE DE OLIVEIRA. **Análise associativa entre a incidência de tuberculose e variáveis climáticas na cidade de Campina Grande e João Pessoa–Paraíba.** 2017.

LOPES, Agnaldo José et al. **Tuberculose extrapulmonar: aspectos clínicos e de imagem,** 2006.

NENO, MIGUEL; ROCHA, CLAUDIA; SARGENTO, DORA e SILVA, GLÓRIA. **Tuberculose ganglionar: desafio diagnóstico**. Arq Med [online]. 2014, vol.28, n.1, pp.02-04. ISSN 2183-2447

Revista Baiana de Saúde Pública, v.37, n.3, p.661-671 jul./set. 2013

SBPT, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; Comissão de Tuberculose. **III Diretrizes para tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**. *Jornal Brasileiro de Pneumologia: Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia*, v. 35, n. 10, p. 1018–1048, 2009.

TB CARE I. International standards for tuberculosis care, Edition 3. **The Lancet infectious diseases**, 12 jul. 2015.

VEERONESI R, FOCACCIA R. **Tratado de Infectologia**. Quarta Edição. Rio de Janeiro: Atheneu; 2010.

APÊNDICE 1

TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL – TCPR FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA – PB

Declaro que conheço e cumprirei as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012 e suas Complementares em todas as fases da pesquisa Intitulada: **“Tuberculose Ganglionar Cervical: Um Relato de Caso”**.

Comprometo-me submeter o protocolo à Plataforma Brasil, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento do mesmo, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo, e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não e que será enviado o Relatório Final pela Plataforma Brasil, Via Notificação ao Comitê de Ética em Pesquisa - Faculdade de Medicina Nova Esperança, Paraíba, até agosto de 2019, como previsto no cronograma.

Em caso de alteração do conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, objetivos, título, etc) comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da Plataforma Brasil, via Emenda.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida Resolução.

João Pessoa, 28 de julho de 2019.

Clélia de Alencar Xavier Mota

Assinatura da pesquisadora responsável

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA- FACENE/FAMENE

Título do Projeto: TUBERCULOSE GANGLIONAR CERVICAL: UM RELATO DE CASO

Pesquisadora Responsável: Prof^ª Dr^ª Clélia de Alencar Xavier Mota

Pesquisadores Acadêmicos: Alice Almeida Braga, Camila de Sousa Wanderley, Flávia Talita de Sousa Wanderley, Matheus José de Lima Rique, Michael Jackson Xavier da Silva.

Convidamos a Sra. para participar do projeto intitulado: TUBERCULOSE GANGLIONAR CERVICAL: UM RELATO DE CASO. Este estudo tem como objetivos: investigar a importância sobre a tuberculose, correlacionando com os achados na história do sujeito participante da pesquisa com revisões bibliográficas. O atual estudo poderá cooperar com profissionais de saúde para que haja um diagnóstico precoce e consequente tratamento, diminuindo as possibilidades de sequelas em pacientes acometidos.

Para a realização desta pesquisa, solicito sua colaboração participando deste estudo, mediante uma entrevista individual, onde o registro será gravado utilizando o sistema de gravação de áudio. Os dados obtidos serão transcritos na íntegra e posteriormente serão submetidos à apreciação do participante por meio de uma via impressa, com a finalidade de garantir a fidedignidade dos conteúdos expressos no momento da entrevista. Considerando-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos, os danos eventuais que este estudo poderá ocasionar-lhe é relacionado a um possível desconforto psicológico com relação à entrevista. O risco também poderá ocorrer devido ao tempo de duração da entrevista. Ressalta-se que os pesquisadores irão promover a garantia do anonimato, sigilo das informações, autonomia, beneficência, não maleficência, respeito e justiça, conforme orientação do Conselho Nacional de Saúde Constante na sua Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 13 de junho de 2013.

Faz-se oportuno esclarecer, que a sua participação na pesquisa é voluntária, portanto, você não é obrigado a fornecer informações e/ou colaborar com atividades solicitadas pelos pesquisadores, podendo requerer a sua desistência a qualquer momento do estudo, fato este

representará qualquer tipo de prejuízo relacionado ao seu trabalho nesta instituição. Vale ressaltar que esta pesquisa não trará nenhum dano previsível a sua pessoa, visto que sua participação consistirá em uma entrevista com os pesquisadores a respeito do tema em destaque.

Considerando a relevância da temática no cenário da saúde, solicito a sua permissão para disseminar o conhecimento que será produzido por este estudo em eventos da área de saúde e em revistas científicas para a área. Para tanto, por ocasião, espera-se que o benefício nessa pesquisa será maior que qualquer risco que porventura possa ser apresentado. Pois, espera-se que o relato desse caso clínico possa ser utilizado como um documento de referência no diagnóstico, tratamento, e prevenção dessa patologia, diminuindo assim esse problema de saúde pública.

É importante mencionar que você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que os pesquisadores estão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa. Diante do exposto e caso venha concordar em participar da investigação proposta, convido você juntamente comigo, a assinar este Termo.

CONSENTIMENTO

Considerando, que fui informado dos objetivos e da relevância do estudo proposto, bem como entrevistado, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, bem como concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos. Informo que recebi uma cópia deste termo.

Em virtude de o TCLE encontrar-se em mais de uma página, as demais serão rubricadas pelo pesquisador e sujeito da pesquisa.

João Pessoa, 31 de julho de 2019

Assinatura do participante da Pesquisa

Assinatura da Testemunha

Assinatura do Pesquisador Responsável