

A tuberculose extrapulmonar pode ocorrer em qualquer idade. Crianças pequenas e adultos HIV-positivos são particularmente susceptíveis. Os casos de tuberculose extrapulmonar (TBE) representam até 25% dos casos de TB. Crianças com menos de 2 anos de idade têm o risco de disseminação da doença causando TB miliar ou meningite TB. As formas mais comuns de TBE associada ao HIV são as seguintes: linfadenopatia, derrame pleural, doença pericárdica, miliar e meningite. Muitos doentes com tuberculose extrapulmonar têm TB pulmonar coexistente.

NOTA PRÁTICA

Se um doente tem TB extrapulmonar, procure por TB pulmonar. Se o doente tem tosse produtiva há mais de 2 ou 3 semanas envie amostras da expectoração para pesquisa de bacilos ácido-alcoól resistentes (BAAR). Se a expectoração é negativa para BAAR peça um RXT.

5.1 ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O diagnóstico definitivo de TB extrapulmonar é muitas vezes difícil. O diagnóstico pode ser presuntivo, desde que se possam excluir outras situações. Os doentes habitualmente apresentam manifestações gerais (febre, sudoração nocturna, perda de peso) e sinais localizados relativos ao local da doença. Estes aspectos localizados são semelhantes em adultos e crianças. A confirmação do diagnóstico depende dos meios de diagnóstico disponíveis tais como Raios-X, ecografia e biópsia.

5.2 LINFADENOPATIA TUBERCULOSA

Independentemente do status relativo ao HIV, os gânglios linfáticos frequentemente envolvidos são os cervicais. O curso habitual da afectação ganglionar é o seguinte:

gânglios firmes, discretos → gânglios móveis aderindo entre si → fístula cutânea abscessos, fístula crónica → cura com cicatrizes

Numa imunodeficiência severa, a linfadenopatia tuberculosa pode apresentar-se de uma forma aguda e assemelhar-se à linfadenopatia piogénica aguda.

Em adultos, o diagnóstico diferencial da linfadenopatia tuberculosa inclui as seguintes afecções: linfadenopatia persistente generalizada (LPG), linfoma, S. Kaposi metástases carcinomatosas, sarcoidose e reacções medicamentosas (fenitoína).

A pneumonite intersticial linfóide (PIL) está muitas vezes associada a LPG em crianças infectadas pelo HIV. A PIL pode ser confundida com a TB pois os sintomas respiratórios crónicos são comuns. A linfadenopatia na PIL é caracteristicamente generalizada, simétrica, móvel, não dolorosa e não flutuante. O diagnóstico diferencial de linfadenopatia localizada em crianças inclui adenite bacteriana ou piogénica e linfoma (linfoma de Burkitt).

Linfadenopatia persistente generalizada (LPG)

A LPG é uma manifestação de infecção por HIV e pode desenvolver-se em 50% dos indivíduos infectados pelo HIV. Isto não tem significado prognóstico. Não há tratamento específico. Os critérios de diagnóstico para LPG são os seguintes: gânglios linfáticos mais aumentados que

1 cm de diâmetro

em 2 ou mais localizações extra-inguinais

por 3 ou mais meses de duração

Os gânglios são não dolorosos simétricos e muito frequentemente envolvem a cadeia ganglionar cervical posterior e os da região epitroclear. A LPG pode regredir progressivamente no decurso da infecção por HIV e pode mesmo desaparecer antes das manifestações do SIDA. Em populações com uma alta prevalência de HIV, a LPG é uma das causas mais comuns de linfadenopatia. Nos indivíduos HIV positivos a LPG é um diagnóstico clínico. Só prosseguir com a investigação se existirem características ou dados de outra patologia. O quadro seguinte mostra as características dos gânglios linfáticos que sugerem investigação posterior, incluindo biópsia.

Características dos gânglios linfáticos que devem ser investigados

- Volumosos (> de 4 cm de diâmetro) ou gânglios linfáticos de crescimento rápido;
- linfadenopatia assimétrica;

- gânglios dolorosos não associados à infecção local;
- gânglios aderidos e flutuantes;
- manifestações gerais óbvias (febre, suores noturnos, perda de peso);
- linfadenopatia hilar ou medianística ao RXT.

Método prático para a investigação de uma linfadenopatia
(caso existam manifestações de uma linfadenopatia, que não seja a PLG).

Procedimento	Teste	Resultado	Diagnóstico
punção do gânglio	observar o material retirado	→ caseificação	→ TB
	pesquisar BAAR no esfregaço	→ presença de BAAR	→ TB
	esfregaço para exame citológico	→ presença células neoplásicas	→ tumores malignos (por exemplo SK, linfoma, carcinoma)
sem diagnóstico após a punção			
biópsia do gânglio	observar a superfície da incisão	→ caseificação	→ TB
	pesquisar BAAR a partir do esfregaço obtido da superfície da incisão	→ presença de BAAR	→ TB
	gânglio fresco enviado para cultura de micobactérias	→ cultura positiva	→ TB
	gânglio em formol exame histológico	→ granuloma e BAAR	→ TB
		→ células cancerosas	→ malignidade

O diagnóstico de linfadenopatia tuberculosa é possível mesmo sem facilidades laboratoriais para estudo da histologia ou a cultura de bacilos. A sensibilidade do diagnóstico de linfadenopatia tuberculosa por punção e esfregaço para a pesquisa de BAAR, é de 70%. Esta sensibilidade aumenta para 80% quando é excisado o gânglio se observa a superfície do corte e se faz um esfregaço para BAAR.

O aspecto histológico do gânglio tuberculoso em doentes HIV depende do grau de imunodeficiência, como se vê no quadro abaixo:

Grau de imunodeficiência	Aspecto histológico dos gânglios linfáticos
Moderada	lesões caseosas com poucos ou sem BAAR
Grave	Pequena reação celular com muitos BAAR

5.3 TUBERCULOSE MILIAR (OU DISSEMINADA)

A tuberculose miliar resulta da disseminação do bacilo da tuberculose por via sanguínea. Isto acontece como consequência de uma primo-infecção recente ou da erosão de uma lesão tuberculosa num vaso sanguíneo.

Manifestações clínicas

Os doentes apresentam mais manifestações gerais do que sintomas respiratórios. Podem ter hepatoesplenomegália e tubérculos coroideus (fundoscopia). Muitas vezes apresentam uma febre de origem desconhecida e o desgaste físico pode ser marcante. A tuberculose miliar é uma das causas sub-diagnosticadas de caquexia na fase terminal de indivíduos HIV-positivos. É necessário ter um alto grau de suspeita.

Diagnóstico

O RXT mostra pequenas opacidades miliares difusas, uniformemente distribuídas. “Miliar” significa “semelhante a pequenos graus de milho”. O RXT pode parecer normal nos casos avançados por causa da imunodepressão severa e portanto incapacidade para criar uma resposta inflamatória. O hemograma pode mostrar uma pancitopénia. A função hepática pode estar alterada. A confirmação bacteriológica (esfregaço e ou cultura microbiológica) é algumas vezes possível na expectoração, no LCR, na medula óssea no fígado ou no sangue.

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial inclui as seguintes situações: síndrome de emaciação (algumas vezes referido como síndrome de emagrecimento),

septicemia (incluindo a febre tifóide), neoplasia disseminada, infecção disseminada por micobactéria “atípica”, tripanossomíase (nas regiões endêmicas).

As alterações difusas típicas do RXT podem ser confundidas com as de PIL em crianças. A tabela faz uma lista que ajuda a diferenciar a TB miliar da PIL em crianças. No entanto, existe uma sobreposição clínica na medida em que a PIL se apresenta com uma grande amplitude de características clínicas e radiológicas. Estas variam dependendo do estadió da doença do HIV.

Diferenciação clínica da TB miliar e PIL em crianças

	TB miliar	PIL
Características clínicas:		
Sintomas respiratórios	-/+	+++
Febre persistente	++	++
Emaciação	+++	-/+
Linfadenopatia generalizada	-/+	+++
Alargamento parótida	-	++
Hipocratismo digital	-	+
Hepatomegália	++	++
Características do RXT:		
Micronodular difusa	++	+
Reticular difuso	-	++
Linfadenopatia	-/+	++

5.4 DERRAMES TUBERCULOSOS SEROSOS (PLEURAL, PERICÁRDICO, ASCÍTICO)

Os derrames tuberculosos inflamatórios podem ocorrer em qualquer das cavidades serosas do organismo, como por exemplo as cavidades pleurais, pericárdicas ou peritoneais. Estas são formas mais comuns de TB em adultos HIV-positivos do que em HIV-negativos e também em crianças em idade escolar com ou sem infecção de HIV. Os derrames das serosas são muitas vezes um indicativo da existência de primo-infecção ou reinfecção.

Abordagem diagnóstica

A apresentação ocorre normalmente com manifestações sistémicas e

localizadas. A microscopia do aspirado no derrame seroso tuberculoso raramente mostra os BAARs porque o fluido é formado como uma reacção inflamatória às lesões tuberculosas na membrana serosa. A cultura de bacilos tuberculosos, mesmo se disponível, não representa uma ajuda imediata. O resultado de uma cultura demora entre 4-6 semanas. O número de leucócitos é variável, normalmente com predomínio de linfócitos e monócitos. O aspirado é um exudado (o conteúdo de proteínas é superior a 30g/l).

NOTA PRÁTICA

Um laboratório de bioquímica não é essencial para diagnosticar um exudado. Simplesmente deixe repousar: se coagular, é um exudado.

Na África sub-Sahariana, em populações com uma alta prevalência de HIV a mais frequente causa de exudado seroso é a TB. O diagnóstico é habitualmente presuntivo (i.e. sem confirmação microbiológica ou histológica). É no entanto importante excluir outras causas de exudado.

NOTA PRÁTICA

Interpretar com cuidado os resultados laboratoriais que indiquem uma concentração de proteínas em qualquer líquido aspirado. Se houver um atraso no laboratório de análises, pode formar-se um coágulo de proteínas na amostra. O resultado laboratorial das proteínas pode ser erradamente baixo.

Derrames pleurais tuberculosos

O diagnóstico clínico e radiológico dos derrames pleurais é fácil. As manifestações clínicas típicas são sistémicas e localizadas (dor torácica, dispneia, desvio da traqueia e do mediastino para o lado contrário ao derrame; diminuição da amplitude dos movimentos torácicos, maciez à percussão, diminuição do murmúrio vesicular no lado do derrame). O RXT mostra uma opacidade uniforme, branca unilateral, muitas vezes com o bordo superior côncavo. Em caso de dúvida, havendo disponibilidade de ecografia esta confirmará a presença de líquido no espaço pleural.

Se um doente tem um derrame pleural deve-se fazer sempre uma punção pleural diagnóstica. O líquido é usualmente da cor da palha. A contagem dos leucócitos é habitualmente alta (cerca de 1000-2500/mm³) com predomínio de linfócitos. Por vezes o líquido apresenta-

se sanguinolento. A presença de pús na aspiração indica empiema (derrame purulento).

NOTA PRÁTICA

Num hospital com poucos recursos onde a prevalência de TB na população é alta, deve-se tratar com drogas anti-TB, todo o doente com derrame exudativo unilateral e que não tenha respondido a um curso completo de tratamento antibiótico.

Se houver disponibilidade de recursos, a biópsia pleural usando uma agulha de Abrams é útil para o diagnóstico histológico. Como a distribuição das lesões tuberculosas na pleura não é uniforme, o diagnóstico por biópsia pleural é confirmado em apenas 75% dos casos. Múltiplas biópsias aumentam a confirmação do diagnóstico. A biópsia cirúrgica aumenta ainda mais a certeza diagnóstica, mas usualmente não é necessário.

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial de um derrame pleural exudativo inclui as doenças malignas, derrame meta-pneumónico, embolia pulmonar, abscesso hepático amebiano (quando se estende para o lado direito).

Empiema tuberculoso

Surge habitualmente quando uma cavidade tuberculosa rompe para o espaço pleural. Os sinais físicos são os mesmos do derrame pleural, mas a punção revela pús espesso branco- amarelado. Se o pús é muito espesso para ser removido usando agulha e seringa, pode usar-se um dreno intercostal. Deve-se enviar o pús para o laboratório para pesquisa de bacilos, para coloração pelo gram e cultura. Se houver disponibilidade de recursos uma biópsia pleural é útil para diagnóstico histológico.

O principal diagnóstico diferencial é com empiema bacteriano, mas o doente apresenta-se mais grave e tóxico. Se possível confirmar o empiema bacteriano com coloração pelo Gram e/ou cultura do pús.

A succussão hipocrática é um ruído que se ouve com o estetoscópio quando se agita o tórax do doente. Este ruído indica um piopneumotórax (pús e ar no espaço pleural). Depois da confirmação radiológica, deve-se inserir um dreno com obturador submerso.

Num doente com sinais de derrame pleural teste sempre a sucussão hipocrática.

Derrame pericárdico tuberculoso

Diagnóstico

O diagnóstico normalmente baseia-se em manifestações gerais e cardiovasculares sugestivas e nos resultados da investigação (ECG, RXT ecocardiografia). É importante excluir as situações de uremia e sarcoma de Kaposi.

Sintomas cardiovasculares

- dor torácica
- dispneia
- tosse
- vertigens e debilidade (baixo débito cardíaco)
- edemas dos membros inferiores
- dor no hipocôndrio direito (congestão hepática)
- derrame abdominal (ascite)

Sinais cardiovasculares

- taquicardia
- hipotensão
- pulso paradoxal
- diminuição da pressão venosa jugular (PVJ) com pequena amplitude das ondas “a” e “v”
- choque de ponta não palpável
- tons cardíacos abafados
- atrito pericárdico
- sinais de insuficiência cardíaca direita (hepatomegália, ascite edema)

Os sinais podem ser discretos. Avaliar cuidadosamente qualquer doente com edema e/ou ascite, tendo em mente a possibilidade de um derrame pericárdico.

RXT

- aumento da área cardíaca
- campos pulmonares limpos
- derrame pleural

ECG

- taquicardia
- alterações das ondas ST e T
- baixa voltagem do complexo QRS
- algumas vezes alternância eléctrica (ondas R alternadamente positiva e negativa reflectindo um coração que se move a cada batimento dentro do líquido pericárdico).

Ecocardiografia

- líquido pericárdico
- cruzamento de linhas entre o pericárdio visceral e o parietal visceral

Erros no diagnóstico de derrame pericárdico

Os clínicos têm confundido o diagnóstico de derrame pericárdico com:

- insuficiência cardíaca congestiva
- hepatoma ou abscesso hepático amebiano (hepatomegália)
- derrame pleural bilateral

Pericardiocentese

Só é segura nas seguintes condições:

- a) confirmação ecocardiográfica de derrame pericárdico moderado a grave
- b) o operador deve ser experiente.

A pericardiocentese terapêutica é necessária se há tamponamento cardíaco (risco de vida).

NOTA PRÁTICA

Em populações com alta prevalência de TB/HIV a TB é, provavelmente a causa com melhor êxito de tratamento de derrame pericárdico. É mais seguro para o doente iniciar um tratamento anti-TB presuntivo do que submeter o doente a uma pericardiocentese diagnóstica.

O tratamento com esteróides e drogas anti-TB sem pericardiocentese, normalmente, resulta numa satisfatória resolução do derrame pericárdico.

Evolução

Uma das complicações possíveis após a cura da pericardite TB é o desenvolvimento de constrição pericárdica. O controle médico da

insuficiência cardíaca devido a constrição pericárdica ajuda em alguns casos. O cirurgião pode avaliar a possibilidade de pericardiectomia para benefício do doente tendo em conta os riscos da cirurgia.

Diagnóstico diferencial

Para além da tuberculose, o diagnóstico diferencial dos derrames tuberculosos inclui o seguinte:

transudados: urémia, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, hipotireoidismo.

exudados: doenças malignas, empiema pericárdico bacteriano e doenças inflamatórias.

Ascite tuberculosa

A ascite resulta da TB peritoneal. As vias de disseminação da TB ao peritонеu são as seguintes:

- a) gânglios mesentéricos tuberculosos;
- b) TB intestinal (os doentes com TB pulmonar podem desenvolver úlceras e fístulas intestinais como resultado da deglutição de expectoração infectada);
- c) via hematogénica.

Manifestações clínicas

Os doentes apresentam manifestações gerais e ascite. Um emagrecimento acentuado é comum nas crianças. Sinais de outras causas de ascite tais como síndrome nefrótica (edema periférico e peri-orbital) ou hipertensão portal (esplenomegália marcada) estão habitualmente ausentes. É possível palpar massas abdominais (gânglios linfáticos mesentéricos). A aderência dos gânglios ao intestino podem causar obstrução intestinal. Podem desenvolver-se fístulas entre o intestino, bexiga e parede abdominal.

Investigação

Deve-se pedir sempre um RXT para descartar TB pulmonar associada. Fazer sempre uma punção ascítica diagnóstica. O líquido aspirado é normalmente da cor de palha, e por vezes turvo ou hemático. O líquido é um exudado, geralmente com mais de 300 leucócitos por mm^3 com predomínio de linfócitos. A ecografia abdominal, se disponível, pode mostrar alterações consistentes com TB, incluindo gânglios mesentéricos ou retroperitoneais aumentados.

Num doente caquético com ascite tuberculosa, é possível encontrar uma concentração sérica de albumina baixa. Neste caso o limiar habitual de 30 g/l de albumina para o diagnóstico de um exudado é muito alto. Uma alternativa é calcular a diferença entre a concentração da albumina sérica e a do líquido ascítico. Uma diferença entre a albumina sérica e a da ascite inferior a 11 g/l significa que a ascite é um exudado.

Diagnóstico

O diagnóstico é habitualmente presuntivo. O diagnóstico definitivo assenta na biópsia peritoneal, disponível em alguns hospitais. A biópsia cega do peritoneu com agulha por via percutânea dá pouca informação em função do alto risco que comporta. A laparoscopia sob anestesia local e praticada por médico experiente fornece bons resultados. A laparoscopia permite uma visualização directa e a biópsia das lesões peritoneais. A laparoscopia confirmará o diagnóstico em quase todos os casos mas é muito invasivo para ser utilizado como exame de rotina.

Diagnóstico diferencial

Para além da TB, o diagnóstico diferencial da ascite inclui o seguinte:

transudados: insuficiência cardíaca, insuficiência renal, síndrome nefrótica, insuficiência hepática crónica causada por cirrose, schistosomiase hepato-esplénica, hipoproteinémia;

exudados: tumores malignos, outras infecções que podem causar peritonite.

5.5 MENINGITE TUBERCULOSA

As vias de disseminação da TB às meninges são as seguintes:

- a) rotura de tuberculoma cerebral no espaço subaracnoideu;
- b) via sistémica.

Manifestações clínicas

O doente pode apresentar manifestações gerais e meningite crónica. As cefaleias e a perda de consciência instalam-se progressivamente. O exame revela, muitas vezes, rigidez da nuca e sinal de Kernig positivo. A paralisia dos nervos cranianos é o resultado da presença de exudado na base do cérebro. Os tuberculomas e as oclusões vasculares podem

provocar quadros neurológicos focais e crises de epilepsia. Pode desenvolver-se hidrocefalia de causa obstrutiva. O envolvimento da meninge da medula espinal causa paraplegia (espástica ou flácida).

Diagnóstico

Baseia-se, em geral, no exame clínico e do líquido céfalo-raquidiano (LCR). Na maioria dos casos suspeitos clinicamente de TB, a punção lombar é uma técnica segura.

NOTA PRÁTICA

A punção lombar é arriscada no caso de o doente apresentar um défice neurológico focal (espaço cerebral ocupado pela lesão), ou se a fundoscopia mostrar edema papilar (hipertensão intracraniana). Nestas circunstâncias, se disponível, a realização da TAC do cérebro é de grande utilidade. Doutra modo, é mais seguro iniciar o tratamento com drogas anti-TB, fundamentado apenas no diagnóstico presuntivo, do que arriscar uma punção lombar.

No início da punção, a pressão do LCR é elevada, e o LCR pode ser límpido ou turvo. A contagem de leucócitos é frequentemente inferior a 500 por mm^3 , com predomínio de linfócitos (ou, no início da infecção, com predomínio de polimorfos). Em geral, as proteínas estão elevadas, enquanto que a glucose é baixa. O exame do LCR ao microscópio revela BAAR numa minoria de casos. É possível melhorar a sensibilidade deste método de diagnóstico através de:

- a) exame do depósito do sedimento da centrifugação de uma amostra de 10 ml de LCR;
- b) exame do depósito do sedimento da centrifugação durante um período mínimo de meia hora antes de o declarar negativo;
- c) exame de diversas amostras recolhidas em dias diferentes.

NOTA PRÁTICA

A punção lombar é importante para diferenciar a meningite purulenta da meningite tuberculosa. Excluir sempre a meningite criptocócica por exame directo do LCR ao microscópio (coloração de tinta da china) ou se for possível, por cultura de fungos.

Dificuldades de interpretação do exame do LCR

Alguns dos resultados dos exames do LCR podem ser normais, nomeadamente nos doentes HIV-positivos. Nestes doentes, HIV-

positivos com meningite tuberculosa, a percentagem de resultados normais dos diversos parâmetros é a seguinte: glucose 15%, proteínas 40%, leucócitos 10%.

Diagnóstico diferencial

A tabela seguinte mostra o diagnóstico diferencial da meningite tuberculosa, com os achados anormais típicos do LCR.

Diagnóstico diferencial da meningite tuberculosa

Anomalias do LCR				
Doença	Contagem de Leucócitos	Proteínas	Glucose	Exame microscópico
meningite tuberculosa	Elevada L > PMN	Aumentadas	Diminuída	BAAR (em alguns casos)
meningite criptocócica	Elevada L > PMN	Aumentadas	Diminuída	Positivo com tinta da china
meningite* bacteriana, parcialmente tratada	Elevada	Aumentadas	Diminuída	Bactérias na coloração pelo Gram (raramente)
meningite viral	Elevadas L > PMN	Aumentadas	Normal (baixa na parotidite e no herpes simplex)	
neurosífilis aguda	Elevadas L > PMN	Aumentadas	Normal	
tripanosomíase no estágio neurológico	Elevadas L > PMN	Aumentadas	Diminuída	tripanosomas móveis
tumour (carcinoma/linfoma)	Elevadas L > PMN	Aumentadas	Diminuída	células malignas no exame citológico
leptospirose	Elevada L > PMN	Aumentadas	Diminuída	Leptospiras
meningite amebiana	Elevadas L > PMN	Aumentadas	Diminuída	presença de amebas

PMN = leucócitos polimorfonucleares; L = linfócitos

*diagnóstico diferencial

5.6 OUTRAS FORMAS DE TB EXTRAPULMONAR

As outras formas de TB extrapulmonar são menos frequentes. Não existe qualquer informação que permita dizer se ocorrem mais frequentemente nos doentes HIV-positivos que nos doentes HIV-negativos. A tabela seguinte mostra as manifestações clínicas habituais e os exames necessários para fins de diagnóstico.

Localização de doença	Manifestação clínica	Diagnóstico
Coluna vertebral	Dores dorsais Gibosidade Abscesso do psoas Dor radicular Compressão da medula espinal	Raios X simples Biópsia
Ossos	Osteomielite crónica	Biópsia óssea
Articulações periféricas	Monoartrite especialmente na bacia e joelhos	Raios X simples biópsia sinovial
Gastrointestinal	Massa abdominal Diarreia	Raios X com contraste (bário)
Fígado	Dor e massa abdominal no quadrante superior direito do abdómen	Ecografia e biópsia
Rins e vias urinárias	Micção frequente, Disúria, Hematúria Dores lombares	Piúria estéril, cultura de urina, pielografia intravenosa ecografia
Suprarenais	Sinais de insuficiência hipoadrenalismo (hipotensão, baixo teor de sódio, potássio normal a elevado, uremia elevada, hipoglicemia)	Raios X simples (calcificações) Ecografia
Vias respiratórias superiores	Rouquidão Otalgias Disfagia	Como resultado de complicação da doença pulmonar
Aparelho genital feminino	Esterilidade Doença inflamatória pélvica Gravidez ectópica	Observação da região pélvica, Raios X do aparelho genital, Biópsia tecidual
Aparelho genital masculino	Epididimite	Muitas vezes evidência de TB renal/vias urinárias

TB da coluna vertebral.

A TB da coluna é uma forma de apresentação clínica relevante da doença. A paralisia é a consequência mais desastrosa da TB vertebral, torácica ou cervical, se não for, atempadamente diagnosticada. Tem início num disco intervertebral e estende-se e depois ao longo dos ligamentos anteriores e posteriores e, depois evolui os corpos vertebrais adjacentes. O RX simples da coluna normalmente permite o diagnóstico nas regiões de alta prevalência de TB. O aspecto típico é uma erosão do bordo antero-superior e antero-inferior dos corpos vertebrais adjacentes. O espaço intervertebral está estreitado. As localizações mais frequentes são as regiões torácicas, lombar e lombo-sagrada.

Os principais diagnósticos diferenciais são as lesões malignas e as infecções piogénicas da coluna. As lesões malignas da coluna tendem a provocar uma erosão nos pedículos e nos corpos vertebrais, deixando o disco intacto. As lesões malignas na coluna vertebral tendem a ter uma evolução mais aguda que a tuberculose, provocando dores mais intensas.

TB gastrointestinal

A tuberculose íleo-cecal pode apresentar-se com manifestações sistémicas, diarreia crónica, oclusão sub-aguda ou uma massa na fossa ilíaca direita. O diagnóstico baseia-se no exame radiológico baritado dos intestinos grosso e delgado, ou através de colonoscopia, caso esteja disponível. O diagnóstico diferencial inclui a doença de Crohn ileocecal, carcinoma do cego, abscesso apendicular, linfoma, ameboma e abscesso tubo-ovarico.

TB Hepática

A tuberculose miliar pode atingir o fígado. A TB hepática pode causar confusão diagnóstica. A formação de abscessos, solitário ou múltiplos podem simular um abscesso hepático amebiano. A TB hepática nodular pode simular um hepatoma. Nestas situações, a ecografia é de grande utilidade. A biópsia hepática, disponível em alguns hospitais, favorece o diagnóstico.

Crofton J, Horne N, Miller F. *Clinical tuberculosis*. second edition. London, MacMillan Press Limited, 1999.

Donald PR, Fourie PB, Grange JM. *Tuberculosis in childhood*. Pretoria, JL van Schaik, 1999.

Harries AD, Maher D, Nunn P. An approach to the problems of diagnosing and treating adult smear-negative pulmonary tuberculosis in high HIV prevalence settings in sub-Saharan Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 1998, 76, (6): 651-662.

Maher D, Harries AD. Tuberculous pericardial effusion: a prospective clinical study in a low-resource setting – Blantyre, Malawi. *International Journal of Tuberculosis lung Disease*, 1997, 1 (4): 358-364.

Miller FJW. *Tuberculosis in children*. New Delhi, Churchill-Livingstone, 1986.

Toman's tuberculosis case detection, treatment and monitoring: questions and answers. Edited by T Frieden, second edition. World Health Organization, Geneva, 2004. ISBN 92 4 154603 4. (WHO/HTM/TB/2004.334).