

TUBERCULOSE ATIVA

A tuberculose é uma infecção bacteriana que mata mais de dois milhões de pessoas por ano. A maior parte destas mortes ocorre em países em vias de desenvolvimento. A bactéria que geralmente causa a tuberculose nos seres humanos é o *Mycobacterium tuberculosis*.

Cerca de um terço da população mundial está infetada pela tuberculose. No entanto, a maioria não apresenta sinais de doença. Nestas pessoas, a bactéria está inativa (latente) e não pode ser transmitida a outras pessoas. Se o sistema imunitário do nosso organismo enfraquecer, a tuberculose pode torna-se ativa e provocar doença.

Em todo o mundo, a tuberculose é a segunda causa de morte por doenças infecciosas nos adultos, sendo apenas suplantada pela infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). Muitos países em vias de desenvolvimento estão a sofrer uma dupla epidemia de tuberculose e de infecção pelo VIH. A interação entre estas duas doenças é rotulada de “sinergia tóxica”, uma vez que cada uma destas epidemias tem impacto nas pessoas das mesmas regiões desfavorecidas do mundo e porque cada uma agrava a outra. As pessoas com infecção pelo VIH apresentam um sistema imunitário enfraquecido, pelo que têm uma maior probabilidade de adquirir um novo caso de tuberculose ou de desenvolver uma reativação de uma doença latente. Os doentes com tuberculose têm uma maior mortalidade se estiverem infetados simultaneamente pelo VIH.

A tuberculose afeta habitualmente os pulmões mas, em até um terço das pessoas infetadas, particularmente as que sofrem de infecção pelo VIH/SIDA, a doença também envolve outras áreas do corpo. Os locais mais comuns de infecção incluem os gânglios linfáticos, as meninges (membranas que envolvem o cérebro), as articulações, os rins e o peritoneu (membrana que envolve os órgãos digestivos).

A bactéria da tuberculose dissemina-se de pessoa para pessoa através do ar. A bactéria localiza-se em gotículas de secreções que são expelidas pela boca e pelo nariz quando um doente tosse ou espirra. É pouco provável que uma única exposição a alguém com tuberculose provoque uma infecção; geralmente é necessária uma exposição repetida ou prolongada. Tocar numa pessoa com tuberculose ou partilhar os seus utensílios não causa infecção visto que a bactéria causa infecção apenas quando é inalada para os pulmões.

Quando ocorre uma infecção, as gotículas cheias de bactérias são inaladas para a porção mais profunda dos pulmões, onde as bactérias se reproduzem (replicam) e se disseminam pelo corpo. Nesta altura, o sistema imunitário pode impedir que as bactérias continuem a replicar mas, geralmente, não as consegue destruir completamente. Habitualmente, a doença permanece num estado inativo ou dormente para toda a vida. As pessoas com tuberculose inativa não apresentam sintomas e não existe nenhuma forma de afirmar que elas foram infectadas com exceção da utilização de um teste cutâneo especial.

A tuberculose ativa apresenta diversas formas diferentes:

- Tuberculose pulmonar primária — Em cerca de 5% das pessoas, o sistema imunitário não consegue conter a infeção tuberculosa inicial. Estas pessoas desenvolvem uma tuberculose ativa no ano que se segue à exposição à bactéria. Este tipo de tuberculose ativa é mais comum nas crianças, especialmente nos países em vias de desenvolvimento com taxas elevadas de desnutrição e cuidados médicos deficientes. As pessoas com infeção pelo VIH e outras doenças com o sistema imunitário deprimido apresentam maior risco.
- Tuberculose pulmonar secundária (reativação) — Cerca de 95% das pessoas infectadas pela tuberculose conseguem inativar a doença inicialmente. A maioria nunca desenvolve uma doença ativa. Nas pessoas em que a doença se torna ativa, as bactérias acabam por se sobrepor ao sistema imunitário e começam a replicar e a disseminar-se, normalmente nos pulmões. As bactérias podem destruir grandes áreas dos pulmões, formando cavidades cheias de bactérias e células mortas.
- Tuberculose extra-pulmonar — A tuberculose pode também tornar-se ativa em outras partes do corpo, independentemente do envolvimento pulmonar. Os locais comuns de infeção incluem os ossos, os rins, os gânglios linfáticos e o sistema nervoso central.
- Tuberculose miliar ou disseminada — A tuberculose pode disseminar-se por todo o corpo através da corrente sanguínea.

Manifestações clínicas

A maior parte dos indivíduos infetados pela tuberculose apresenta uma doença inativa que não causa sintomas. Nestas pessoas, um teste cutâneo para a tuberculose (chamado prova de Mantoux ou prova do PPD — “protein purified derivate”) apresenta resultados positivos ao fim de três meses após início da infeção. Um resultado positivo na prova de Mantoux geralmente mantém-se para toda a vida.

Nas pessoas com tuberculose ativa, os sintomas variam de acordo com o tipo de doença.

- Tuberculose pulmonar primária— Alguns doentes com este tipo de tuberculose, especialmente as crianças mais novas, não apresentam outros sintomas para além de febre e fadiga. Outros sintomas que podem surgir incluem:

- Tosse

-Dor torácica

-Suores nocturnos

-Falta de apetite

-Dificuldade em aumentar de peso.

- Tuberculose secundária (reativação)– Os sintomas incluem:

-Febre

-Suores nocturnos

-Perda de peso

-Falta de apetite

-Fraqueza

-Dor torácica

-Uma sensação generalizada de doença (mal-estar geral).

-Em geral, ocorre ainda tosse produtiva com produção de muco (expetoração) esverdeado. À medida que a doença progride, o doente pode eliminar expetoração com sangue (por vezes em grandes quantidades), apresenta falta de ar e, por fim, desenvolver problemas respiratórios graves.

- Tuberculose extra-pulmonar — Os sintomas dependem do local para onde a tuberculose se disseminou. Por exemplo, na tuberculose dos gânglios linfáticos (cerca de 25% dos casos), estes podem apresentar-se aumentados de volume, geralmente na face lateral e na base do pescoço. Na tuberculose dos ossos e das articulações (cerca de 8% dos casos), a coluna vertebral, as articulações coxo-femorais (articulações das ancas) e os joelhos constituem os locais de infeção mais frequentes. As articulações tornam-se dolorosas e edemaciadas (inchadas). A tuberculose génito-urinária (cerca de 15% dos casos) pode causar dor no flanco (parte lateral do abdómen entre as costelas e a bacia), polaquiúria (micções frequentes), disúria (dor ou desconforto durante a micção) e hematúria (presença de sangue na urina).
- Tuberculose disseminada ou miliar – Os sintomas incluem:

-Febre

-Suores nocturnos

-Perda de peso

-Fraqueza

-Problemas pulmonares (tosse, falta de ar, dor torácica).

Embora as bactérias se disseminem por todo o corpo, podem não existir outros sintomas. Se estes surgirem, podem ocorrer em praticamente qualquer localização. Alguns dos sintomas mais comum incluem:

- Dores de cabeça

-Dificuldades de visão

- Aumento do volume dos gânglios linfáticos
- Dores articulares
- Massas no escroto
- Erupções cutâneas (lesões da pele)
- Dor abdominal.

Diagnóstico

O médico irá inquirir o doente sobre os seus sintomas, tais como tosse, febre, perda de peso, suores noturnos, aumento do volume dos gânglios linfáticos ou problemas respiratórios. O médico irá também perguntar se o doente alguma vez esteve exposto a alguém com tuberculose ou se viajou para países em vias de desenvolvimento em que a tuberculose é comum.

O médico irá examinar o doente e irá perguntar-lhe se alguma vez realizou uma prova de Mantoux e qual foi o seu resultado. Se o médico suspeitar que o doente tem uma tuberculose pulmonar ativa irá pedir uma radiografia do tórax. Irá igualmente pedir uma análise da expectoração, que será corada por produtos químicos especiais e, em seguida, examinada ao microscópio para pesquisar a presença de bactérias. A expectoração irá ainda ser cultivada, o que significa que será testada para verificar se há crescimento de bactérias da tuberculose. Pode demorar várias semanas até obter o resultado do exame cultural, uma vez que as bactérias crescem muito lentamente.

Os doentes com tuberculose extra-pulmonar podem apresentar uma radiografia do tórax normal e exames da expectoração negativos, quer por exame direto quer por exame cultural. Nestes casos são usadas outras técnicas para ajudar a efetuar o diagnóstico, incluindo:

- Exames sanguíneos
- Exame cultural de outros fluidos corporais (tais como a urina ou o líquido pleural, isto é, líquido que se encontra na pleura, membrana que rodeia os pulmões).
- Biopsia de tecidos para pesquisar alterações características consistentes com tuberculose
- As amostras obtidas nos vários exames podem ser utilizadas para pesquisar evidência de tuberculose usando a técnica da PCR (reação em cadeia da polimerase).

Evolução clínica

Quando o sistema imunitário de uma pessoa controla uma infeção tuberculosa primária, as bactérias geralmente permanecem inativas durante toda a vida. Nestas pessoas a prova de Mantoux pode ser positiva indicando uma história de infeção tuberculosa. A probabilidade de desenvolver uma tuberculose ativa durante o resto da vida é de cerca de 10%, a menos que o sistema imunitário seja enfraquecido por uma doença como uma infeção pelo VIH/SIDA ou por medicamentos que deprimem o sistema imunitário.

Num doente que desenvolver uma tuberculose ativa, este deixa de transmitir a tuberculose às outras pessoas cerca de 2 semanas após início do tratamento. No entanto, pode levar, pelo menos seis meses até completar um tratamento bem-sucedido. Em alguns casos, os doentes são infetados por estirpes de bactérias da tuberculose que são resistentes aos antibióticos mais comuns e mais eficazes. Estas estirpes resistentes podem demorar até 24 meses a tratar.

Prevenção

Nos países em vias de desenvolvimento, com taxas elevadas de tuberculose, é frequentemente administrada uma vacina contra esta doença quando do nascimento de uma criança. Nos Estados Unidos da América e na maioria dos países europeus, esta vacina não é usada por rotina atendendo a que o risco de transmissão, nestes países, é baixo e pelo facto da vacina não ser muito eficaz.

A BCG previne as formas graves e extrapulmonares da tuberculose mas não é eficaz na prevenção da infeção pulmonar pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

Tratamento

A tuberculose normalmente é tratada com uma combinação de quatro fármacos, tais como a isoniazida, a rifampicina, a pirazinamida e o etambutol. Esta combinação é considerada o tratamento de primeira linha. A terapêutica demora geralmente seis meses ou mais. É muito importante que o doente tome estes medicamentos tal como lhe foram prescritos para evitar que as bactérias se tornem resistentes aos fármacos. É também importante que todas as pessoas em contacto próximo com o doente sejam rastreadas para a tuberculose para que possam ser tratadas se estiverem infetadas.

As estirpes de bactérias da tuberculose que são resistentes à isoniazida e à rifampicina (os dois antibióticos mais eficazes contra a tuberculose) são designadas por multirresistentes aos medicamentos. Para curar a tuberculose multirresistente, os doentes devem tomar combinações de medicamentos “de segunda linha” para a tuberculose: a etionamida, a moxifloxacina, a levofloxacina, a cicloserina, a kanamicina, entre outros. Estes medicamentos têm maior probabilidade de causarem efeitos secundários que os fármacos de primeira linha. Além disso, não são tão eficazes pelo que devem ser tomados durante períodos mais longos.

Foram identificadas estirpes extensivamente resistentes em muitos países em todo o mundo. Estas estirpes são resistentes à isoniazida, à rifampicina e ainda às famílias dos medicamentos aminoglicosídeos (como a kanamicina) e das quinolonas (como a levofloxacina e a moxifloxacina). Estas estirpes são muito difíceis de tratar e, por vezes, é necessário um tratamento cirúrgico para remover as porções afetadas dos pulmões.

No passado, pensava-se que a tuberculose multirresistente era incurável nos países em vias de desenvolvimento por os medicamentos de segunda linha serem demasiado dispendiosos. Atualmente, estes fármacos podem ser obtidos através da Organização Mundial de Saúde (OMS) por apenas 5% do seu custo. Foram iniciados programas de tratamento na maioria dos países em vias de desenvolvimento.

Prognóstico

A tuberculose que não é resistente aos medicamentos é quase sempre curada desde que o doente cumpra os regimes de tratamento e os antibióticos forem iniciados antes da maior parte dos pulmões ter sido destruída. As pessoas infetadas por tuberculose multirresistente têm, em geral, menor probabilidade de cura, dependendo dos fármacos a que são resistentes e da extensão das lesões pulmonares antes de ser iniciado um tratamento eficaz.

Sem tratamento adequado mais de metade das pessoas com tuberculose morre dentro de cinco anos.

Fonte: Maria Inês Pereira