

*Artigo de Relato de Caso*  
*Case Report Article*

## Tuberculose ganglionar em paciente pediátrico: relato de caso clínico

## Ganglionic tuberculosis in a pediatric patient: a clinical case report

Lucas Emmanuell de Morais Neves<sup>1</sup>  
Ana Beatriz Leme de Andrade<sup>1</sup>  
Carla Cecília Lira Pereira de Castro<sup>2</sup>  
Fábio Andrey da Costa Araújo<sup>1</sup>  
Felipe Ricardo Cisneiros Brito<sup>2</sup>  
Fernando Antônio Cardoso Maciel<sup>1</sup>  
Rômulo Augusto de Paiva Macedo<sup>2</sup>

**Autor para correspondência:**

Lucas Emmanuell de Morais Neves  
Avenida Presidente Epitácio Pessoa, n. 4595  
CEP 58308-260 – João Pessoa – PB – Brasil  
E-mail: lucas\_emmanuell@hotmail.com

<sup>1</sup> Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra – Recife – PE – Brasil.

<sup>2</sup> Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco – Recife – PE – Brasil.

**Data de recebimento: 1.º jul. 2021. Data de aceite: 14 jul. 2022.**

**Palavras-chave:**

criança; tuberculose;  
tuberculose  
dos linfonodos;  
anormalidades  
maxilofaciais.

### Resumo

**Introdução:** *Mycobacterium tuberculosis* é a principal bactéria patogênica causadora da doença sistêmica granulomatosa crônica, a tuberculose (TB). Embora a TB pulmonar seja a mais prevalente, ela também pode apresentar-se de forma extrapulmonar nas vias hematológica e linfática em casos em que a resposta imunológica está reduzida. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de tuberculose ganglionar em paciente pediátrico. **Material e métodos:** Trata-se de uma abordagem descritiva e qualitativa, com observação direta das informações do paciente para o diagnóstico e devido tratamento. **Relato de caso:** Paciente feminino, 4 anos, deu entrada no Hospital da Restauração – Governador Paulo Guerra, Recife (PE), com história de aumento de volume sintomático ao toque em região submandibular direita relacionado a exodontia recente do dente 85. Ao exame físico não foram identificados focos de infecção intrabucal dignos de nota e a paciente foi internada para investigação clínica. Os exames de imagem mostraram uma área indicativa de trajeto fistuloso. Foram

prescritos sete dias de antibiótico (ceftriaxona e metronidazol) sem sucesso, sendo necessário substituir para clindamicina. A paciente foi submetida a procedimento de exérese de lesão tecidual sob anestesia geral, e o material foi enviado para exame histopatológico com laudo compatível com processo granulomatoso tuberculoide. Solicitou-se teste para micobactérias, sendo positivo. Quatro meses após a remoção da lesão, a paciente encontra-se em acompanhamento clínico, sem sinal de recidiva. **Discussão:** As crianças e os indivíduos imunossuprimidos são mais susceptíveis a tuberculose extrapulmonar, sendo os linfonodos cervicais os sítios mais acometidos. **Conclusão:** Apesar da dificuldade de diagnóstico, em virtude da sintomatologia inespecífica, principalmente em crianças, são imprescindíveis o rápido diagnóstico e o manuseio terapêutico, resultando em melhores taxas de prognóstico favorável.

**Keywords:** child; tuberculosis; tuberculosis, lymph node; maxillofacial abnormalities.

## Abstract

**Introduction:** *Mycobacterium tuberculosis* is the main pathogenic bacterium that causes chronic systemic granulomatous disease, tuberculosis (TB). Although pulmonary TB is the most prevalent, it can also present in an extrapulmonary form through the hematological and lymphatic pathways in cases where the immune response is reduced. **Objective:** In this study, the objective is to report a clinical case of ganglionic tuberculosis in a pediatric patient. **Material and methods:** This article is a descriptive and qualitative approach, carried out through direct observation of patient information for diagnosis and due treatment. **Case report:** A 4-year-old female patient was admitted to Hospital da Restauração – Governador Paulo Guerra, Recife (PE), with a history of increased symptomatic volume to the touch in the right submandibular region related to recent tooth extraction 85. Physical examination did not noteworthy foci of intraoral infection were identified and the patient was admitted for clinical investigation. Imaging exams showed an area indicative of a fistulous path. Seven days of antibiotics (ceftriaxone and metronidazole) were unsuccessfully prescribed and it was necessary to substitute for clindamycin. The patient underwent a tissue lesion excision procedure under general anesthesia and the material was sent for histopathological examination with a report compatible with the tuberculoid granulomatous process. Test for mycobacteria was requested, being positive. Four months after the removal of the lesion, the patient is undergoing clinical follow-up, with no sign of recurrence. **Discussion:** Children and immunosuppressed individuals are more susceptible to extrapulmonary tuberculosis, with cervical lymph nodes being the most affected sites. **Conclusion:** Despite the difficulty of diagnosis, due to nonspecific symptoms, especially in children, rapid diagnosis and therapeutic handling is essential, resulting in better rates of favorable prognosis.

## Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa granulomatosa crônica que ainda continua sendo uma grande preocupação de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento. Apesar de ser sobretudo uma doença respiratória, outros órgãos do corpo também podem ser afetados simultânea ou individualmente [1, 2, 5, 6, 8, 9, 14]. Tipicamente a infecção ocorre por meio do contato próximo com indivíduos infectados, levando os bacilos aos alvéolos pulmonares através da via aérea, causando a TB pulmonar [5, 8, 9, 15]. Embora a TB pulmonar seja a mais prevalente, ela também pode apresentar-se de forma extrapulmonar nas vias hematológica e linfática em casos em que a resposta imunológica está reduzida [1, 3, 5, 6, 8].

Na cavidade oral, as manifestações clínicas são consideradas lesões atípicas. O acometimento da cavidade bucal pode ocorrer de modo primário, comum em indivíduos mais jovens e sem envolvimento pulmonar, já o tipo secundário é comum em indivíduos mais velhos, com até 96% dos pacientes apresentando evidências de lesões pulmonares. A TB extrapulmonar pode se desenvolver como granuloma, linfadenite tuberculosa ou osteomielite tuberculosa dos maxilares, entretanto a principal apresentação é como úlceras crônicas assintomáticas, sendo os linfonodos o sítio mais comumente acometido [2, 8, 11, 14]. As lesões por TB na região da cabeça e pescoço são raras, podendo afetar a cavidade oral, faringe e laringe [1, 11, 15].

O diagnóstico da TB extrapulmonar é considerado um desafio para os profissionais, por causa da semelhança nas manifestações clínicas iniciais com as neoplasias ou inflamações locais [4, 11]. Dessa forma, a hipótese diagnóstica de TB em região maxilofacial surge apenas após um tratamento ineficaz com medicamentos sistêmicos, aspiração por agulha fina, biópsia ou ressecção cirúrgica [4, 11].

Uma vez diagnosticada a TB, tratamentos personalizados e imediatos devem ser realizados, e o tratamento da tuberculose latente também é necessário para inibir o desenvolvimento da doença tuberculosa ativa nas pessoas já infectadas [8, 9]. O tratamento dessa patologia na região orofacial é o mesmo que os regimes de tratamento antibacteriano padrão usados para tratar a enfermidade pulmonar [3, 5, 14]. Essa terapia requer um regime multifármaco com agentes ativos contra o isolado clínico com base na natureza e local da doença e, em geral, os mesmos métodos são usados no tratamento da tuberculose em crianças [6, 14].

Partindo do pressuposto aqui relatado, este trabalho tem por objetivo descrever um caso clínico de tuberculose ganglionar em paciente pediátrico com repercussão em região maxilofacial.

## Material e métodos

Este artigo tem uma abordagem descritiva e qualitativa, com observação direta das informações do paciente para o diagnóstico e devido tratamento. Seguindo as diretrizes éticas de Helsinki, o responsável pelo paciente aceitou nosso acesso direto aos seus dados e informações por meio do prontuário, exames clínicos e imagiológicos e consentiu a divulgação do caso em questão para fins acadêmicos de estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Relato de caso

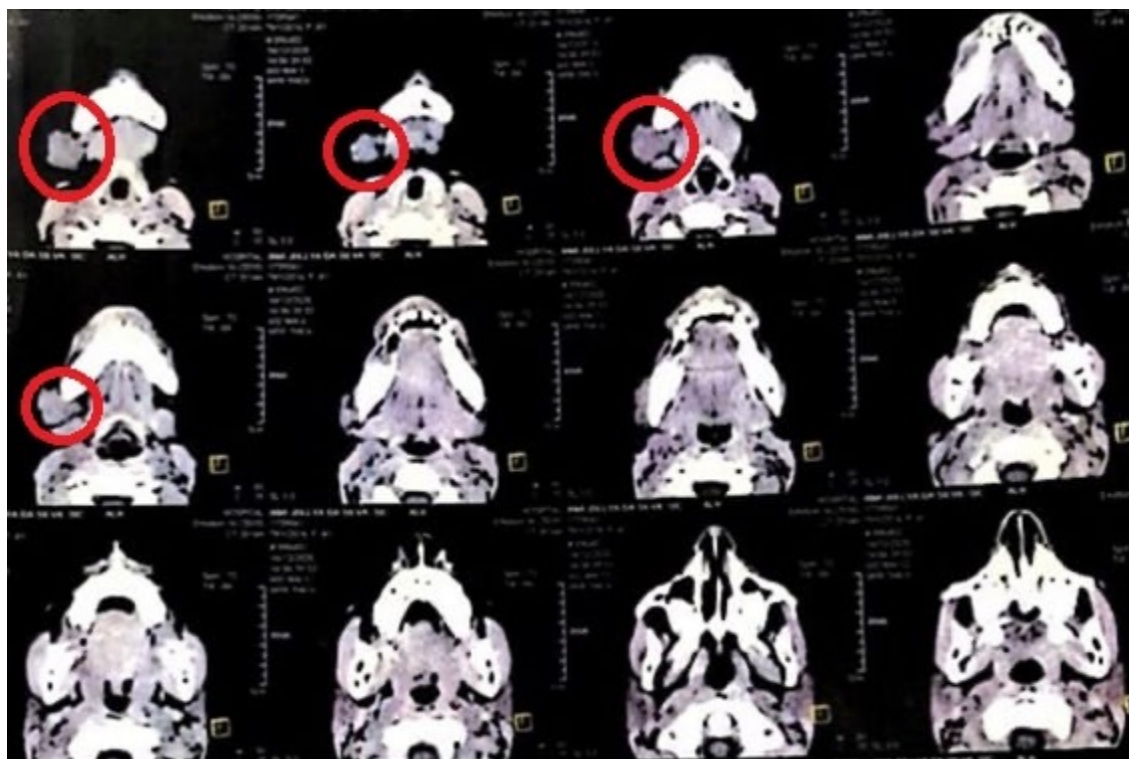
Paciente pediátrico, feminino, 4 anos, deu entrada no Hospital da Restauração – Governador Paulo Guerra, Recife (Pernambuco, Brasil), com história clínica de aumento de volume sintomático ao toque em região submandibular direita, após exodontia do segundo molar inferior direito decíduo.

Ao exame físico apresentava lesão cutânea avermelhada, fistulizada e de 3 cm em seu maior diâmetro (figura 1). Não foram identificados focos de infecção intrabucal. Ao exame laboratorial a paciente apresentava leucocitose, sem demais alterações. Ao exame tomográfico computadorizado para tecido mole foi constatada uma massa hiperdensa de região submandibular. Dessa forma, diante de todo o quadro clínico, foram prescritos sete dias de antibiótico (ceftriaxona 1g de 12/12 horas e metronidazol 500 mg de 8/8horas) sem sucesso; modificou-se a terapêutica medicamentosa para clindamicina 600 mg de 8/8horas.

Sem melhoras com cobertura antibiótica e evolução de ferida extraoral em 12 dias, descartou-se a hipótese de diagnóstico de infecção de origem odontogênica, e a paciente foi submetida a procedimento de exérese de lesão tecidual sob anestesia geral (figura 3a) associado a instalação de dreno de Penrose, que perdurou por 72 horas (figura 3b). O material foi enviado para exame histopatológico, com laudo compatível com processo granulomatoso tuberculoide (figura 4). Foi solicitado teste para micobactérias, sendo positivo. Quatro meses após a remoção da lesão, a paciente encontra-se em acompanhamento clínico pediátrico e sem sinal de recidiva (figura 5).



**Figura 1** - Condição inicial no primeiro contato: lesão fistulada em região submandibular direita



**Figura 2** - Tomografia computadorizada para tecido mole em corte axial evidenciando massa hiperdensa de região submandibular (círculo vermelho)



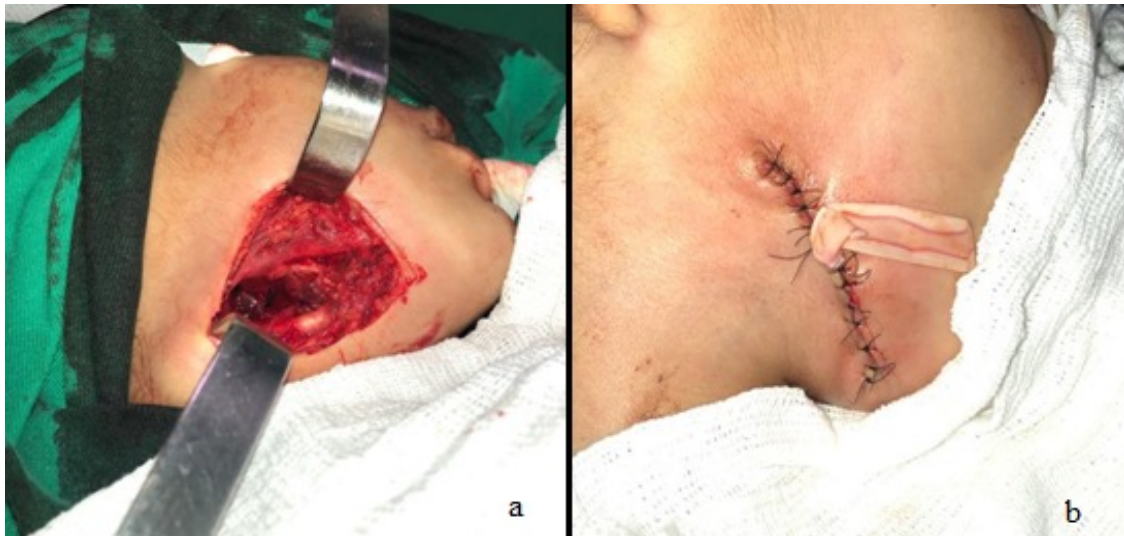


Figura 3 - Exérese da lesão (a); instalação de dreno de Penrose e síntese do acesso (b)

20/2962: [REDACTED]

Idade: 04 anos / Prontuário: 1739041

Clínica de Origem: HR / Cirurgia Geral

Médico (a) Solicitante: Francisco de Souza Alves Junior – CRM-PE: 14.488

Patologista Escalado: Luciano de Oliveira Borges – CRM 11.106

---

NATUREZA DO MATERIAL (Descrição do médico requisitante):

LESÃO FIBROSA

---

MACROSCOPIA:

Em formalina, formação tecidual, irregular, elástica, acastanhada, medindo 4,0 x 2,5 x 2,0 cm, parcialmente recoberta por segmento cutâneo medindo 4,0 x 1,0 cm. A superfície de corte observa-se área nodular, pardacenta, medindo 2,0 x 1,2 cm, encapsulada.

MICROSCOPIA:

Vide conclusão.

CONCLUSÃO:

Processo inflamatório crônico granulomatoso, com células gigantes tipo langhans e necrose caseosa central, tendo como provável etiologia tuberculosa.

---

Data do Recebimento: 21/12/2020

Data da Conclusão: Recife, 05/02/2021

---

Figura 4 - Laudo histopatológico



Figura 5 - Momento pós-cirúrgico de 4 meses

## Discussão

A tuberculose é uma doença granulomatosa crônica que pode afetar vários sistemas do corpo. Sua apresentação pulmonar geralmente é primária, sendo a forma mais prevalente e comum da doença. Entretanto tal infecção pode se manter inativa durante longos períodos e apresentar-se posteriormente por infecções extrapulmonares secundárias, com uma prevalência de 10-15% dos casos. Essa forma é rara e disseminada através de inoculação local, via hematogênica ou linfática, de acordo com a resposta imunológica do organismo [1, 3, 5, 9, 14].

Shah e Dani [13] afirmam ser a linfadenite tuberculosa a manifestação extrapulmonar mais comum da TB. Em um estágio inicial, a linfadenopatia é indolor, firme e móvel em relação aos planos profundos e superficiais. Depois de algumas semanas, eles amolecem e às vezes fistulizam na pele. Elas podem ser únicas ou múltiplas, às vezes confluindo para formar uma massa volumosa, avermelhada e fistulizada, criando um quadro histórico de quebra-nozes, como representado pelo presente caso [10].

De acordo com a literatura, a TB ganglionar constitui 20-40% da TB extrapulmonar. Em contrapartida, Brucoli *et al.* [4] e Pang *et al.* [11] relatam o acometimento extrapulmonar em região de cabeça e pescoço (HNTB) como

sendo responsável por 10% dos casos e que pode afetar a maioria dos órgãos dessa região, como linfonodos, laringe, ouvido médio, cavidade oral e faringe. Enquanto Bansal *et al.* [3] acreditam que a linfadenite tuberculosa na região cervical é sua forma de apresentação mais comum e é responsável por até 5% das linfadenopatias cervicais. Frequentemente afeta crianças e adultos jovens na faixa etária de 30 a 40 anos e mostra predileção por mulheres [3, 4, 11].

Alguns fatores podem ser predisponentes nos casos de HNTB e contribuir para promover a doença. Segundo Valenzuela-Narváez *et al.* [14], é possível que, na maioria dos pacientes, o fluxo constante de saliva e suas propriedades antibacterianas possam proteger a cavidade bucal da invasão do bacilo. No entanto Andrade e Mhatre [1] e Brucoli *et al.* [4] relatam a possibilidade de traumas locais na cavidade oral disseminar a infecção, corroborando com a hipótese inicial relatada pelos autores, acometendo os gânglios cervicais em virtude da infecção de origem odontogênica.

Além disso, higiene oral deficiente, lesões preexistentes, como leucoplasia, granuloma periapical, cistos e abscessos e periodontite, são fatores locais predisponentes. Um fator predisponente sistêmico, como resistência alterada do hospedeiro de imunossupressão ou deficiências nutricionais, aumenta a suscetibilidade de um paciente a uma infecção tuberculosa [1, 4, 14]. No

presente caso, no entanto, a paciente apresentava-se sem comorbidades.

O diagnóstico foi inicialmente associado a infecção odontogênica, em virtude de extração prévia do elemento 85, e tratado com administração de antibioticoterapia (ATT). A sintomatologia muitas vezes inespecífica da TB ganglionar dificulta o correto diagnóstico, uma vez que não apresenta nenhum sinal patognomônico. Dessa forma, Gautam *et al.* [7] e Issa *et al.* [8] preconizam como essenciais um exame histopatológico do tecido e demonstração dos organismos infecciosos através de cultura microbiana. O diagnóstico da TB é realizado por meio da confirmação da presença da micobactéria, podendo ser feito mediante análises histopatológicas, técnicas moleculares como o PCR e a cultura para micobactéria. O exame *gold-standard* para o diagnóstico da TB é o isolamento da micobactéria por exame de cultura. No entanto, apesar da excelente sensibilidade e especificidade, apresenta algumas dificuldades técnicas, como o meio de cultura apropriado, transporte e armazenamento das amostras e tempo de incubação. Outros métodos de diagnóstico são os exames de marcação direta, baseados no uso de colorações específicas, como o Ziehl-Neelsen, permitindo a identificação das bactérias ácido-resistentes, como as micobactérias [4].

Algumas lesões devem ser consideradas a título de diagnósticos diferenciais, uma vez que os linfonodos tuberculosos podem frequentemente assemelhar-se a lesões não neoplásicas e doenças linfonodais primárias. Portanto, o diagnóstico diferencial dessas condições é particularmente problemático [4]. Atrelado a isso, Valenzuela-Narváez *et al.* [14] consideram que, após o diagnóstico oportuno e diferenciado, há a necessidade do adequado tratamento clínico e cirúrgico, realizando a excisão total da úlcera granular secundária à TB. Entretanto Shah e Dani [13] acreditam ser a intervenção cirúrgica raramente necessária.

A quimioterapia antituberculosa é a base do tratamento da linfadenite tuberculosa. O padrão ouro consiste na realização de biópsia aspirativa por agulha fina guiada por ultrassom (US-FNAB) e, a depender, realizar outra biópsia ou uma ressecção total do linfonodo [4].

## Conclusão

O rápido e eficaz diagnóstico, bem como a abordagem terapêutica medicamentosa e/ou cirúrgica para lesões que demoram a cicatrizar em região maxilofacial associadas a aumento de volume cervical em crianças ou em indivíduos imunossuprimidos sem melhoras sob cobertura antibiótica, é de fundamental importância para um bom prognóstico.

## Referências

1. Andrade NN, Mhatre TS. Orofacial tuberculosis – a 16-year experience with 46 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012;70(1):e12-e22.
2. Bai S, Sun CF. Tuberculous osteomyelitis of the mandible with diffuse swelling of the floor of the mouth: a case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014;72(4):749.e1-6.
3. Bansal R, Jain A, Mittal S. Orofacial tuberculosis: clinical manifestations, diagnosis and management. *J Family Med Prim Care.* 2015;4(3):335.
4. Brucoli M, Borello G, Boffano P, Benecch A. Tuberculous neck lymphadenopathy: a diagnostic challenge. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2019;120(3):267-9.
5. Carter E, Chandarana P, Duggineni S, Nasser N, Bridle C. Case series of extra pulmonary tuberculosis presenting as facial swelling. *Br Dent J.* 2015;218(9):519-22.
6. Chaudhary S, Kalra N, Gomber S. Tuberculous osteomyelitis of the mandible: a case report in a 4-year-old child. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004;97(5):603-6.
7. Gautam H, Agrawal SK, Verma SK, Singh UB. Cervical tuberculous lymphadenitis: clinical profile and diagnostic modalities. *Int J Mycobacteriol.* 2018;7(3):212.
8. Issa SA, Abdulnabi HA, Jameel ME. Orofacial tuberculosis: a diagnostic challenge. *IDCases.* 2020;21:e00825.

9. Kim SY, Byun JS, Choi JK, Jung JK. A case report of a tongue ulcer presented as the first sign of occult tuberculosis. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):1-5.
10. Neville B. *Patologia oral e maxilofacial*. 4. ed. São Paulo: Elsevier Brasil; 2016.
11. Pang P, Duan W, Liu S, Bai S, Ma Y, Li R et al. Clinical study of tuberculosis in the head and neck region – 11 years' experience and a review of the literature. *Emerg Microbes Infec*. 2018;7(1):1-10.
12. Pereira AS, Shitsuka DM, Parreira FJ, Shitsuka R. *Metodologia da pesquisa científica*. 1. ed. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Santa Maria; 2018.
13. Shah I, Dani S. Profile of tuberculous cervical lymphadenopathy in children. *J Trop Pediatr*. 2017;63(5):395-8.
14. Valenzuela-Narváez R, Valenzuela DA, Valenzuela DR, Bailón A, Machco H, Mena C et al. An unusual granular ulcer secondary oral tuberculosis of vestibule mandibular mucosa. *Eur J Dent*. 2020;14(2):331.
15. Wang WC, Chen JY, Chen YK, Lin LM. Tuberculosis of the head and neck: a review of 20 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009;107(3):381-6.