



Evento: XXVI Jornada de Extensão ▾

TUBERCULOSE MILIAR: RELATO DE CASO¹

Breenda Klidzio², Laiane Strada³, Isabela Teixeira Rebellato⁴, Luis Felipe Pedrolo Hickamnn, Pedro Henrique Manica⁶, Luigi Salla Parise⁷, Giovana Casarin Tissot⁸, Paula Luza Korsack⁹

¹ Trabalho desenvolvido como atividade da Liga de Clínica Médica da Unijui.

² Estudante do curso de medicina da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI; E-mail: breenda.klidzio@sou.unijui.edu.br

³ Estudante do curso de medicina da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI; E-mail: laiane.strada@sou.unijui.edu.br

⁴ Estudante do curso de medicina da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI; E-mail: isabela.rebellato@sou.unijui.edu.br

⁵ Estudante do curso de medicina da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI; E-mail: luis.hickmannsou.unijui.edu.br

⁶ Estudante do curso de medicina da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI; E-mail: pedro.manica@sou.unijui.edu.br

⁷ Estudante do curso de medicina da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI; E-mail: luigi.parise@sou.unijui.edu.br

⁸ Estudante do curso de medicina da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI; E-mail: giovana.tisott@sou.unijui.edu.br

⁹ Médica infectologista, docente no curso de medicina na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI; E-mail: paula.korsack@unijui.edu.br

INTRODUÇÃO

A tuberculose miliar é uma forma rara e potencialmente grave da tuberculose, caracterizada pela disseminação hematogênica do *Mycobacterium tuberculosis*, com acometimento simultâneo de múltiplos órgãos e sistemas.¹ Pode ocorrer a partir de uma infecção primária progressiva ou pela reativação de um foco previamente contido, com disseminação subsequente. Em pacientes com tuberculose miliar, existem diversas condições que são associadas para predispor a doença, tais como infecções durante a infância, desnutrição, HIV/AIDS, alcoolismo, doença renal crônica, diálise, uso de medicamentos imunossupressores, colagenoses, gravidez, puerpério, neoplasia, entre outros. Ademais, diabetes mellitus e tabagismos já são classificados como fatores de risco emergentes para tuberculose miliar. Não obstante, medicamentos como glicocorticóides, imunossupressores e medicamentos citotóxicos também favorecem o desenvolvimento de tuberculose miliar e o uso de biológicos imunomoduladores já foi relatado como causador de casos de tuberculose fatal, incluindo tuberculose miliar.^{5,7}



A nível mundial, em 2023, estima-se que houve 10,8 milhões de casos incidentes por tuberculose, representando um aumento adicional em relação aos 10,7 milhões em 2022.⁶ Embora represente menos de 2% dos casos de tuberculose, a forma miliar é mais frequente em lactentes, crianças pequenas e indivíduos imunossuprimidos, configurando um desafio diagnóstico e terapêutico.² Um estudo observacional realizado em 2024 estudou o perfil epidemiológico da tuberculose miliar de 2019 a 2023 no Brasil e utilizou dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), incluindo variáveis como número de internações, sexo, região, faixa etária, raça, entre outros. Houve 6.541 casos confirmados, sendo a maioria no Sudeste e em homens. A faixa etária mais acometida foi de 20 a 59 anos. Além disso, a tuberculose miliar foi associada a comorbidades como HIV/AIDS, alcoolismo e diabetes.⁸ Nos Estados Unidos, em 2022, a tuberculose extrapulmonar correspondeu a cerca de 19% dos casos, enquanto formas com acometimento combinado pulmonar e extrapulmonar ocorreram em 10,6%.² Mundialmente, a real incidência da tuberculose miliar permanece incerta devido à subnotificação e à variabilidade nos critérios diagnósticos, reforçando a necessidade de vigilância e reconhecimento precoce.

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de tuberculose miliar diagnosticada com base em achados clínicos e radiológicos, ressaltando a importância da suspeição clínica mesmo diante de exames bacteriológicos negativos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo relato de caso, baseado na observação clínica de um paciente atendido em julho de 2025 no Hospital de Clínicas de Ijuí, vinculado ao curso de Medicina da Unijuí. Os dados foram obtidos a partir da análise do prontuário médico, exames complementares e acompanhamento clínico do paciente. O paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a utilização de seus dados clínicos para fins de publicação científica e as informações foram coletadas de forma retrospectiva, com garantia de sigilo e anonimato do paciente. Por se tratar de um relato de caso com dados secundários, sem identificação do paciente, não foi necessária submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente do sexo masculino, 70 anos, foi encaminhado ao pronto-socorro pelo SAMU devido a rebaixamento do nível de consciência. Relatava emagrecimento acentuado e progressivo desde junho de 2025, antecedente de adenite mesentérica em julho, associado a anúria, dor abdominal, diarreia, febre e mal-estar. No momento da admissão, encontrava-se em recusa alimentar, aceitando apenas líquidos.

Diante do quadro clínico, foram consideradas diversas hipóteses diagnósticas. A síndrome consumptiva destacou-se pelo emagrecimento progressivo associado à inapetência, podendo estar relacionada a neoplasias, tuberculose disseminada ou doenças crônicas infecciosas e inflamatórias. O estado de desidratação e desnutrição grave foi sugerido pela anúria, recusa alimentar e caquexia, indicando importante comprometimento hidroeletrolítico e nutricional. No presente caso, aventou-se a possibilidade de tuberculose miliar em função do histórico de emagrecimento progressivo, febre e mal-estar, ressaltando-se a baixa sensibilidade da baciloscopia nas formas disseminadas e a consequente necessidade de exames complementares, como tomografia, biópsia e cultura, para confirmação diagnóstica. Ademais, o isolamento de *Streptococcus pneumoniae* em lavado broncoalveolar, sensível a múltiplos antibióticos, sugere quadro de pneumonia bacteriana ativa ou coinfecção em um paciente potencialmente imunossuprimido.

Durante a investigação, foram realizadas duas baciloscopias de escarro (BAAR), ambas com resultado negativo. Entretanto, a tomografia de tórax evidenciou opacidades centroacinares difusas em padrão miliar, além de cavitações no ápice pulmonar direito e secreção em brônquio-fonte, achados compatíveis com tuberculose miliar. Ao exame físico, o paciente apresentava-se emagrecido, acamado, responsivo, com dificuldade respiratória, porém com murmúrios vesiculares preservados e ausência de ruídos adventícios. Considerando a correlação clínico-radiológica, instituiu-se tratamento com esquema RIPE associado à prednisona (20 mg/dia), sendo o caso notificado como tuberculose miliar provável, em conformidade com diretrizes nacionais e internacionais.³ Apesar da disponibilidade de terapias eficazes, a mortalidade associada à tuberculose miliar permanece elevada. A resposta aos fármacos antituberculose de primeira linha - isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida - costuma ser satisfatória; contudo, a hepatotoxicidade induzida por medicamentos, bem como as interações farmacológicas em indivíduos coinfectados pelo vírus



da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS), representam desafios clínicos relevantes.⁴ A baciloscopia negativa é compatível com a literatura, que aponta baixa sensibilidade em formas disseminadas, sendo a tomografia de alta resolução fundamental para identificar o padrão miliar.¹ Durante a internação, o paciente apresentou melhora parcial do quadro clínico, com estabilização dos sintomas e suporte intensivo multiprofissional. A conduta médica envolveu a manutenção do esquema antituberculose (RIPE) em conjunto com prednisona, além da administração de antiparasitários (albendazol e ivermectina) conforme protocolo vigente. Loperamida foi prescrita conforme necessidade, e demais medidas terapêuticas previamente instituídas foram mantidas, com orientação de comunicação imediata em caso de intercorrências. Foi solicitado o seguimento nutricional na Unidade Básica de Saúde, com manutenção da dieta enteral hipercalórica e hiperproteica (1870 kcal/dia) e orientações da equipe de nutrição e enfermagem. O paciente apresentou melhora clínica gradual, reforçando a importância da abordagem integrada para o diagnóstico precoce e manejo da tuberculose miliar em idosos. A atuação multiprofissional foi decisiva na estabilização do quadro e início da reabilitação nutricional, sendo o acompanhamento na atenção primária fundamental para adesão ao tratamento e prevenção de recaídas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tuberculose miliar, embora rara, permanece como um diagnóstico de alta relevância clínica devido ao seu potencial de gravidade e rápida evolução, especialmente em populações mais vulneráveis, como idosos e imunossuprimidos. O caso relatado evidencia que a negatividade de exames bacteriológicos, como a baciloscopia, não exclui o diagnóstico, sendo fundamental a valorização dos achados clínicos e de imagem para a tomada de decisão terapêutica. A abordagem precoce com esquema específico e suporte clínico adequado é determinante para o prognóstico do paciente. Ressalta-se a necessidade de manter elevada suspeição diagnóstica diante de quadros sistêmicos de evolução subaguda, reforçando o papel da integração entre história clínica, dados epidemiológicos e recursos complementares de alta sensibilidade, como a tomografia computadorizada, no manejo da tuberculose miliar.

Palavras-chave: Tuberculose miliar. Diagnóstico clínico. Doença pulmonar. Tomografia de tórax. Relato de caso.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UPTODATE. **Clinical manifestations, diagnosis, and treatment of miliary tuberculosis.** Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment-of-miliary-tuberculosis>. Acesso em: 13 ago. 2025.
2. UPTODATE. **Epidemiology and pathology of miliary and extrapulmonary tuberculosis.** Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathology-of-miliary-and-extra-pulmonary-tuberculosis>. Acesso em: 13 ago. 2025.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2025.
4. Sharma, S. K.; Mohan, A.; Sharma, A. **Challenges in the diagnosis & treatment of miliary tuberculosis.** Indian Journal of Medical Research, v. 135, n. 5, p. 703–730, maio 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3401706/>. Acesso em: 20 ago. 2025.
5. Sharmaa, S.K., Mohanb, A., Sharmac, A. Miliary tuberculosis: **A new look at an old foe.** Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases. Volume 3, Páginas 13-27. 10 de Mar. 2016.
6. ONU, Organização Mundial da Saúde. **Relatório global sobre tuberculose 2024.** 29 de outubro de 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. Freire, P. S. et al. **Tuberculose miliar: infecção oportunista grave em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil.** Revista Brasileira de Reumatologia. Volume 56, Edição 3, Páginas 274-279. 2016
8. Macedo et.al **Perfil epidemiológico da Tuberculose Miliar nos anos de 2019 a 2023 no Brasil.** Revista Brasileira de Implantodontia e Ciências da Saúde. Volume 6. Edição 10, Página 2133-2157. 14 de Out. 2024.