



Data de Submissão: 13/11/2024

Data de Aprovação: 28/11/2024

ARTIGO DE REVISÃO

Tuberculose cutânea na infância: uma revisão integrativa

Cutaneous tuberculosis in the pediatric population: a review

Bernardo Lofiego Caffaro¹, Paula Fernandes Caffaro², Rafaela Baroni Aurilio¹, Luciana Maria Borges da Matta Souza¹

Palavras-chave:

Tuberculose,
Pele,
Pediatria,
Tuberculose
extrapulmonar,
Revisão.

Resumo

A tuberculose cutânea (TBC) corresponde a uma forma rara de tuberculose (TB) extrapulmonar, principalmente na população pediátrica. A doença pode ser classificada de acordo com a sua carga bacteriana e via de aquisição. A forma clínica da TBC é determinada por diferentes fatores e as lesões apresentam amplo espectro clínico, podendo mimetizar outras doenças. As principais manifestações cutâneas correspondem ao lúpus vulgar, tuberculose verrucosa cútis, cancro tuberculoso, tuberculose orificial e escrofuloderma. O presente estudo busca analisar o que há consolidado na literatura científica sobre TBC na população pediátrica, descrevendo as manifestações cutâneas, principalmente na infância. Foi realizada uma revisão integrativa, através de busca bibliográfica nas plataformas PubMed e BVS, referente aos últimos cinco anos. Dentre os resultados analisados, observamos diferentes lesões elementares representando a mesma forma clínica da doença, sendo o pleomorfismo das lesões um dos fatores responsáveis pelo diagnóstico tardio, o que pode causar graves morbidades e incapacidade em crianças. Os trabalhos científicos revisados baseiam-se principalmente em relatos de casos, evidenciando a importância de novos estudos em diferentes modelos para melhor compreensão da doença e sua evolução clínica.

Keywords:

Tuberculosis,
Skin,
Pediatrics,
Tuberculosis,
extrapulmonary,
Review.

Abstract

Cutaneous tuberculosis (CTB) is a rare form of extrapulmonary tuberculosis, mainly in the pediatric population. The disease is related to its level of bacterial pathogenicity and virulence. The clinical form of TBC is determined by different factors and the lesions have a broad clinical spectrum and can mimic other diseases. The clinical forms were essentially lupus vulgaris, verrucous cutis tuberculosis, tuberculous cancer, orificial tuberculosis and scrofuloderma. The aim of this study is to analyze what is consolidated in the scientific literature on TBC in the pediatric population, describing the clinical forms, mainly in childhood. An integrative review was carried out, through a bibliographic search on the Pubmed and VHL platforms, covering the last five years. Among the results analyzed, we observed different elementary lesions representing the same clinical form of the disease, with the pleomorphism of the lesions being one of the factors responsible for late diagnosis, which can cause serious morbidity and have a protracted course in children. The scientific works reviewed are mainly based on case reports, highlighting the importance of new studies using different models to better understand the disease and its clinical evolution.

¹ Hospital Universitário Pedro Ernesto, Pediatria - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil.

² Faculdade Técnico Educacional De Ensino Souza Marques, Medicina - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil.

Endereço para correspondência:

Bernardo Lofiego Caffaro.

Hospital Universitário Pedro Ernesto. Blvd. 28 de Setembro, 77, Vila Isabel, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 20551-030. E-mail: be.lofiego@gmail.com

INTRODUÇÃO

A tuberculose cutânea (TBC) corresponde a uma forma rara de tuberculose (TB) extrapulmonar, representando 1% a 2% dos casos. A prevalência de TBC na população pediátrica é pouco estudada, mas estima-se uma variação de 18% a 82% de todos os casos de TBC, dependendo do estudo analisado¹.

O principal agente etiológico é o *Mycobacterium tuberculosis* e, ocasionalmente, o *Mycobacterium bovis* e o bacilo Calmette-Guérin (BCG vacina, cepa atenuada de *M. bovis*).

A doença pode ser classificada de acordo com a sua carga bacteriana em paucibacilar ou multibacilar. A via de aquisição da infecção pode ser endógena (lúpus vulgar, TBC gomosa e TBC miliar aguda, TBC orificial e escrofuloderma) ou exógena (cancro tuberculoso, TBC verrucosa cútis e lúpus vulgar). Pode ser induzida pelo bacilo Calmette-Guérin e por reações de hipersensibilidade (tubercúlides)¹.

A forma clínica da TBC é determinada por diferentes fatores: imunidade do hospedeiro, via de infecção, virulência da micobactéria, o tamanho do inóculo, a história de infecção prévia, o perfil de resistência antibiótica, coinfeção pelo HIV) e vários fatores cutâneos locais como vascularização, trauma, drenagem linfática e proximidade com linfonodos^{1,2}.

O quadro cutâneo é caracterizado por lesões de amplo espectro clínico, incluindo pápulas e placas (lúpus vulgar, tuberculose verrucosa cútis), máculas e pápulas (tuberculose miliar aguda, tuberculide papulonecrótica), nódulos e abscessos (eritema indurado de Bazin, goma), erosão e úlcera (cancro tuberculoso, tuberculose orificial, escrofuloderma)².

Escrofuloderma e lúpus vulgar são as formas mais prevalentes na população pediátrica, embora tenha sido observado aumento no número de tuberculides, principalmente o líquen escrofuloso².

O polimorfismo da tuberculose cutânea pode mimetizar outras doenças, como sífilis, bartonelose, esporotricose e leishmaniose, dentre outras patologias prevalentes em nosso meio¹.

O diagnóstico clínico deve ser confirmado através de exames complementares, dentre eles: baciloscopia e cultura para Bacilo Álcool-ácido Resistente (BAAR), anatomopatológico, prova tuberculínica (PPD), ensaio de liberação interferon gama (IGRA), reação de cadeia da polimerase (PCR)^{1,2}.

Os medicamentos empregados são isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol.

Tendo em vista o amplo espectro clínico dermatológico da tuberculose cutânea, é necessário que o médico pediatra reconheça as lesões sugestivas da doença para diagnóstico precoce e intervenção terapêutica adequada¹.

OBJETIVOS

Analisar o que há consolidado na literatura científica sobre tuberculose cutânea na infância.

Descrever as lesões cutâneas da TBC.

Identificar os diagnósticos diferenciais de TBC na população pediátrica.

MATERIAL E MÉTODOS

Busca bibliográfica nas plataformas PubMed e BVS, nos anos de 2019 a 2023, de artigos referentes à tuberculose cutânea na infância para realização de revisão integrativa da literatura sobre o objeto em estudo, publicados em português e inglês. Esse método de pesquisa reúne, avalia e sintetiza os resultados de estudos sobre uma temática específica, consolidando o conhecimento nessa área.

Foram utilizados os seguintes descritores: “Skin”, “Tuberculosis” e identificados 54 artigos. Destes, foram excluídos 4 artigos repetidos e 45 artigos relacionados à tuberculose em população maior de 18 anos, restando 5 artigos que envolviam a população pediátrica.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta os artigos identificados e suas respectivas sínteses.

Tabela 1. Artigos analisados de acordo com título, ano de publicação, revista, autores, objetivo, resultado e tipo de trabalho.

Títulos dos trabalhos revisados	Ano	Autores	Revista	Objetivo	Resultado	Tipo de estudo
Tuberculosis cutis colliquativa in an HIV-infected child	2021	Sanusi T, Widayati RI, Riyanto P, Malik DA, Budiastuti A. ³	International Journal of Dermatology	Relatar o caso de escrofuloderma com 8 meses de evolução em paciente de 5 anos de idade.	Diagnóstico de TBC confirmado (biopsia, cultura e PCR). Paciente recebeu tratamento de primeira linha e evoluiu com resposta adequada. Tratamento evitou a disseminação da doença e sequelas.	Carta de correspondência

Cutaneous tuberculosis in children from the northeastern region of Morocco	2021	BayBay H, Senhaji I, Zinoun S, Elloudi S, Douhi Z, Mernissi FZ. ⁴	Arch. Pediatr.	traçar as características epidemiológicas, paraclínicas, terapêuticas e progressivas da tuberculose cutânea (TC) em crianças	Casos de TC: 147 TBC em crianças: 16 (10%) Idade média: 10,5 anos Formas clínicas: 9 casos de escrofuloderma (57%) 5 casos de goma (35%), 1 caso de tuberculose verrucosa 1 caso de lúpus vulgar.	Rápida comunicação de casos
Cutaneous primary tuberculous complex	2021	Torner NS, Imbernón Moya A, Díaz-Delgado Peñas R. ²	Med Clin (Barcelona)	Relatar paciente de 3 anos com linfadenopatia submandibular bilateral, dolorosa, e placa ulcerada, endurecida, de 6 semanas de evolução, sem sintomas sistêmicos.	Diagnóstico de TBC foi confirmado (biópsia, cultura e PCR) Paciente recebeu tratamento de primeira linha e evoluiu com resposta adequada. A suspeição diagnóstica permitiu intervenção terapêutica adequada e evitou progressão da doença.	Relato de caso
Disseminated cutaneous tuberculosis from BCG vaccination site in an immunocompetent child	2021	Dhar S, Ganjoo S, Dhar S, Srinivas SM ¹	Pediatric dermatology	Relatar caso de tbc disseminada em lactente após aplicação da BCG. Descrever a importância de suspeitar de TBC em pacientes que vacinaram para BCG no período neonatal.	Diagnóstico confirmado (biópsia e histopatológico). Lactente foi adequadamente tratado com esquema de primeira linha e apresentou resposta satisfatória, com resolução completa do quadro.	Comunicação breve
A rare case of multiple lupus vulgaris in a multifocal tuberculosis pediatric patient	2019	Gunawan H, Lamsu G, Achdiat PA, Suwarsa O, Hindritiani R ⁵	Int J Mycobacteriol	Relatar caso de lúpus vulgar com tuberculose esquelética multifocal em adolescente.	A resposta terapêutica foi observada a partir da melhora clínica das lesões dermatológicas.	Relato de caso

Legenda: TB: tuberculose, TBC: tuberculose cutânea, PCR: reação de cadeia polimerase, BCG:

Fonte: o autor.

DISCUSSÃO

O Brasil está entre os 20 países com maior carga de tuberculose (TB) no mundo. Nas últimas décadas, a TB tem se mantido com elevado número de casos e significativa morbimortalidade. Dentre os fatores que contribuem para esse panorama, destaca-se a coinfeção pelo HIV, a multirresistência aos fármacos, além de condições socioeconômicas e de infraestrutura de saúde precárias. A TBC é uma forma extrapulmonar considerada rara. Estima-se que 14% dos pacientes com TB se apresentem na forma extrapulmonar e, destes, 1%-2% na forma cutânea.

A transmissão da TB ocorre principalmente pela inalação de núcleos de partículas de gotículas transportadas pelo ar contendo o bacilo *M. tuberculosis*, resultando em infecção pulmonar, porém a inoculação direta da pele pelo bacilo também pode ocorrer².

As formas clínicas da TB irão depender de uma combinação de fatores relacionados à carga infectante e à resposta do organismo, tais como os estados de nutrição e imunológico e a presença de comorbidades do hospedeiro, a virulência do

bacilo, a topografia anatômica onde a TB se desenvolve e a gravidade da doença³.

As lesões de TBC são pleomórficas (pápulas, placas verrucosas, nódulos supurativos, úlceras crônicas, entre outras formas)².

A TBC é classificada de acordo com a via de aquisição da infecção, podendo ser pela via exógena, através da inoculação diretamente pela pele, a qual é representada pelo cancro tuberculoso, pela TB verrucosa cutis e por alguns casos de lúpus vulgar. Outra forma de contaminação é a endógena, em que a lesão cutânea é decorrente da disseminação linfo-hematogênica devido a um foco de TB à distância, ou por contiguidade. Dentre as lesões cutâneas desencadeadas pela via linfo-hematogênica, destaca-se o lúpus vulgar, TB gomosa e TB miliar aguda. Por contiguidade, a doença manifesta-se sob as formas de TB orifical e escrofuloderma³.

A TBC também pode ser classificada como multibacilar, caso haja identificação do bacilo no exame direto ou na cultura. Caso contrário, é denominado paucibacilar³.

O cancro tuberculoso ocorre quando a micobactéria entra no organismo por meio da pele ou mucosas de indivíduos

que não estão infectados e que não possuem imunidade contra o agente. A transmissão pode ser através de agulhas, tatuagens, circuncisões, piercings, cirurgias ou feridas. Profissionais da área de saúde e crianças com calendário vacinal desatualizado compõem os grupos de alto risco para contrair a doença. Entre duas e quatro semanas após a inoculação, desenvolve-se uma úlcera superficial, indolor, com base⁴ granulosa e crosta espessa, bordas elevadas, associada à adenopatia regional dolorosa, que pode evoluir para fístulas^{2,4}.

A TB verrucosa cutis afeta indivíduos previamente infectados por *Mycobacterium tuberculosis* que possuem uma resposta imunológica moderada a alta contra o bacilo. A manifestação cutânea inicial corresponde a uma pápula isolada, de pequeno diâmetro, cercada por um halo inflamatório e evoluindo para uma lesão verrucosa assintomática. A lesão pode complicar com atrofia central e fissuras de conteúdo purulento. A linfadenopatia associada é frequentemente observada. As lesões podem persistir por anos, embora também haja relatos de resolução espontânea. As áreas mais afetadas incluem mãos, tornozelos, joelhos e nádegas. Nesses casos, o teste de PPD costuma ser fortemente positivo. Dentre os artigos analisados, apenas o de Tutyana Sanusi (2021)³ descreve essa forma em um único paciente, do sexo feminino, de 12 anos de idade, proveniente do Marrocos, com lesão única em membro inferior. A paciente foi diagnosticada aproximadamente 2 anos após o início da lesão, e recebeu o tratamento preconizado para TBC, evoluindo com resolução do quadro.

O escrofuloderma é a forma de TBC mais encontrada em nosso meio. Desenvolve-se por contiguidade, a partir de um foco adjacente à pele. Dentre os sítios de infecção, destacam-se linfonodo, região óssea, articular, glândula ou ducto lacrimal. A lesão elementar inicial corresponde a um nódulo subcutâneo indolor e móvel, o qual evoluiu gradualmente para abscesso com formação de fístulas e úlceras de conteúdo seroso, purulento ou caseoso. É possível observar cicatriz residual⁴.

Essa forma de tuberculose pode indicar uma infecção sistêmica associada, particularmente com foco pulmonar, presente em até 35% dos casos. As lesões de escrofuloderma estão frequentemente associadas a linfonodos cervicais, embora também possam afetar os linfonodos axilares, inguinais e torácicos. O *M. tuberculosis* é identificado no exsudato drenado e o PPD é positivo^{3,4}.

O diagnóstico diferencial do escrofuloderma inclui micobactérias não tuberculosas, esporotricose, actinomicose, gomas sifilíticas e hidradenite. Na histopatologia, visualizamos granulomas tuberculoides com considerável necrose e uma reação inflamatória pronunciada, embora com menos linfócitos do que o habitual, sugerindo uma resposta imune celular mediada deficiente. A necrose caseosa costuma conter numerosas micobactérias^{1,4}.

Os artigos analisados evidenciaram maior prevalência dessa forma clínica, quando comparada às demais. As lesões cutâneas foram caracterizadas como abscessos e úlceras eritematosas, apresentando fístulas com conteúdo purulento⁶.

O estudo realizado por Hanane BayBay (2021)⁴ identificou 57% dos pacientes pediátricos como portadores de escrofuloderma. O principal sítio de infecção descrito nessa pesquisa foi o ósseo, seguido dos linfonodos e glândula parótida. Esses pacientes apresentavam lesões distribuídas principalmente em membros inferiores e pescoço, assim como o relato de caso publicado por Tutyana Sanusi (2021)³, o qual descreve um escolar com escrofuloderma e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). As produções científicas analisadas demonstram um tempo de aproximadamente um a três anos para o diagnóstico da doença. Os pacientes dos estudos de Tutyana Sanusi (2021)³ e Hanane BayBay (2021)⁴ foram tratados com as medicações de primeira linha e evoluíram de forma satisfatória, embora alguns tenham apresentado cicatriz residual após o tratamento.

O lúpus vulgar (LV) é resultado da inoculação primária de *M. tuberculosis*, após a vacinação com o BCG, ou através da disseminação linfo-hematogênica, assim como em cicatrizes prévias de escrofuloderma. Dessa forma, o LV pode ocorrer simultaneamente a TB em outros órgãos, sendo 40% dos casos associados à linfadenite, 30% à escrofuloderma, e 10%-20% dos casos podem estar relacionados à forma pulmonar e esquelética⁵.

Dentre os artigos revisados, o realizado por Hendra Gunawan (2019)⁶ aponta um caso de LV associado a acometimento osteoarticular, sendo o diagnóstico baseado em exame radiológico e PCR do líquido sinovial da articulação envolvida.

A doença é caracterizada por pápulas de evolução insidiosa, as quais coalescem e formam placas com áreas de cicatrização irregular e atrofia central. Apresenta margem espessada, elevada e hiperkeratósica. Distribui-se principalmente em cabeça e pescoço⁶.

As placas de lúpus vulgar têm uma consistência macia e gelatinosa, o que resulta em uma aparência clássica chamada de “nódulos de geleia de maçã” à vitropressão. As lesões podem variar em apresentação, podendo ser planas, hipertróficas, ulceradas ou vegetantes. Quando em sua forma ulcerativa e mutilante, podem ter um caráter desfigurante e destrutivo, deixando cicatrizes atróficas e crostosas. Em casos vegetantes, as lesões ulceradas e necrosadas estão presentes, mas a cicatrização é mínima^{2,6}.

O surgimento de neoplasia cutânea é uma possível complicação do lúpus vulgar, principalmente o carcinoma epidermoide, embora ocasionalmente também possam ocorrer o carcinoma basocelular, especialmente em áreas fotoexpostas^{4,5}.

A cultura é frequentemente negativa. O histopatológico revela granulomas tuberculoides compostos por células epitelioides e células gigantes. A necrose caseosa dentro do tubérculo é pouca ou ausente. O infiltrado inflamatório é mais significativo na derme superior, mas pode se estender para o subcutâneo. Pode haver destruição dos anexos cutâneos, incluindo fibrose extensa. A epiderme pode sofrer atrofia e posterior destruição, causando ulceração ou pode tornar-se hiperplásica, mostrando acantose e hiperqueratose¹.

Das cinco pesquisas incluídas na revisão, apenas as de Hanane BayBay (2021)⁴ e Hendra Gunawan (2019)⁵ incluem o LV, sendo esse último classificado como multifocal. A tuberculose multifocal corresponde à presença de duas ou mais infecções causadas pelo *M. tuberculosis* em locais extrapulmonares, com ou sem envolvimento pulmonar⁴. A tuberculose orifical (tuberculose cútis orifical) é uma forma rara de TBC¹.

É descrito associação com TB intestinal, urinária, genital ou pulmonar, ou visceral avançada, além de imunodeficiência. É representada por úlceras dolorosas com uma base fibrinosa e pseudomembranosa, sem tendência à cicatrização espontânea. A lesão é inflamatória e localiza-se principalmente na ponta e margens laterais da língua, mas os palatos mole e duro também são locais acometidos. Nos casos mais graves, os lábios são envolvidos. O acometimento oral pode representar uma extensão da TB ulcerativa da faringe e da laringe³. Em pacientes com TB intestinal, as lesões se desenvolvem ao redor do ânus, e em mulheres com doença geniturinária ativa, a vulva pode estar envolvida³. As alterações histopatológicas são do tipo inflamatório não específico, porém os bacilos tuberculosos costumam estar presentes. A cultura geralmente é positiva mesmo com um PPD negativo³.

Os abscessos tuberculosos metastáticos ou tuberculose gomosa ou goma são uma rara forma de TB de disseminação hematogênica, a partir de um foco antigo residual latente, que contém bacilos viáveis. O foco latente é reativado em decorrência de uma inibição do sistema imune celular do indivíduo. Acomete preferencialmente crianças desnutridas e imunossuprimidos. A lesão é indolor, inicia-se como nódulo que evolui para abscesso e, posteriormente, úlcera. Observa-se predileção pelo acometimento de extremidades^{2,4}.

As características histopatológicas das gomas são as de tecido granulomatoso tuberculoide com necrose e formação de abscesso. *M. tuberculosis* normalmente é isolado do pus da lesão⁴.

O trabalho científico apresentado por Hanane BayBay (2021)⁴ descreve cinco pacientes (35%) diagnosticados com tuberculose gomosa, dentre dezesseis casos de TBC na infância, sendo a segunda forma mais encontrada nesse estudo. As lesões foram encontradas principalmente em membros inferiores e descritas como nódulos indolores que evoluíram para ulceração³.

As tubercúlides são manifestações cutâneas que resultam de reações de hipersensibilidade ao bacilo da tuberculose ou aos seus produtos em indivíduos com alta imunidade. São mais frequentemente observadas em crianças e adultos jovens. As principais características das tubercúlides incluem um teste de PPD positivo, a presença de evidência de tuberculose atual ou prévia, e a resposta positiva das lesões ao tratamento, apesar de as amostras geralmente não apresentarem BAARs (bacilos álcool-ácido resistentes). Além disso, as tubercúlides podem surgir também como resultado da vacinação com BCG. Elas podem ser classificadas como tubercúlides papulonecróticas, líquen escrofuloso (tubercúlides liquenoides) e eritema

indurado de Bazin. O estado imunológico do paciente contribui para o surgimento e características da tubercúlides^{1,2}.

O líquen escrofuloso representa uma resposta imunológica, celular-mediada, exacerbada durante o tratamento antituberculoso. Crianças e adolescentes constituem os grupos acometidos com maior prevalência. As lesões cutâneas são caracterizadas por pápulas liquenoides, assintomáticas, distribuídas em tronco. Pode formar placas, com descamação discreta na superfície, e evolui com resolução espontânea⁷.

A tubercúlides papulonecrótica trata-se de uma erupção cutânea, em geral em surtos recorrentes, de pápulas eritematosas que evoluem com necrose central e ulceração recoberta por crosta. A distribuição das lesões é simétrica, preferencialmente em face extensora dos membros superiores, membros inferiores e tronco. Afeta principalmente crianças e adultos jovens. O PPD normalmente é positivo. Resultam em cicatrizes varioliformes. Normalmente apresenta resposta satisfatória à terapia antituberculose^{1,7}.

O Eritema indurado de Bazin (EIB) é considerado uma reação de hipersensibilidade tardia, mediada por linfócitos T, macrófagos e células de Langerhans. O EIB é caracteristicamente uma paniculite lobular associada à vasculite que produz necrose isquêmica do lóbulo da gordura. Estudos mostraram, nesses casos, PPD positivo e positividade do teste IGRA para *M. tuberculosis*. O exame físico dermatológico demonstra nódulos e placas eritemato-violáceos, recorrentes e indolores nos membros inferiores com tendência à ulceração e evolução para cicatriz atrófica hiperocrômica. A localização mais frequente é na face posterior (panturrilha) e anterolateral das pernas. É mais prevalente no gênero feminino. O diagnóstico é clínico e confirmado por biópsia incisional obtida em estágio precoce de evolução. A presença de PPD e IGRA positivos, além da evidência de TB em outra região do corpo, também corroboram o diagnóstico^{1,2}.

O tratamento de primeira linha para todos os tipos de TBC inclui a isoniazida, rifamicina, pirazinamida e etambutol, e a posologia segue o regime padrão de recomendação da OMS para o tratamento de novos casos de TB pulmonar¹.

A primeira fase é voltada para uma redução rápida e intensa do número de bacilos. A segunda fase visa à esterilização, objetivando eliminar todos os bacilos, incluindo os possivelmente resistentes. A fase intensiva dura dois meses, seguida da fase de manutenção, por quatro meses (2RHZE/4RH)¹.

Ao analisar as intervenções propostas nos estudos, podemos observar que os pacientes iniciaram o tratamento de forma tardia, tendo em vista o atraso diagnóstico. A resposta à terapia de primeira linha demonstrou resolução das lesões, embora alguns pacientes tenham evoluído com cicatrizes residuais. Apenas um paciente evoluiu com deformidade óssea. As lesões refratárias e que exigem correção de deformidades podem ser tratadas com exérese cirúrgica.

A terapia para as tubercúlides segue os mesmos regimes recomendados para a verdadeira TBC. O EIB requer um

período mais longo de tratamento, como a proposta de manutenção de isoniazida por até dois anos. Dapsona, iodeto de potássio e doxiciclina foram relatados como adjuvantes para tratar a inflamação do EIB^{1,7}.

CONCLUSÃO

A tuberculose cutânea é uma forma rara de tuberculose extrapulmonar, principalmente em crianças¹. Em um dos estudos levantados na literatura, foram encontrados 147 casos de TBC, sendo apenas 16 casos (10,9%) relacionados à população pediátrica.

A apresentação clínica é diversa e pode mimetizar outras patologias cutâneas. Dentre as produções científicas analisadas, observamos diferentes lesões elementares representando a mesma forma clínica da doença. O pleomorfismo das lesões é um dos fatores responsáveis pelo diagnóstico tardio¹.

O atraso no diagnóstico e tratamento pode causar graves morbidades e incapacidade em crianças. Um dos artigos retrata um paciente diagnosticado com TBC, o qual evoluiu com deformidade óssea. Os demais pacientes apresentaram como sequela, em sua maioria, cicatriz residual⁶.

O exame histopatológico é importante como ferramenta diagnóstica na TBC, uma vez que é difícil o isolamento de *M. tuberculosis* na TBC. Dentre os 16 pacientes estudados em uma das pesquisas, 15 tiveram o diagnóstico confirmado através do histopatológico⁴.

A cura foi atingida por todos aqueles pacientes que concluíram o tratamento. A minoria dos pacientes apresentou reações adversas ao tratamento antituberculose. Portanto,

o tratamento no geral foi bem tolerado e os pacientes não apresentaram recorrência das lesões⁴.

Dos 5 artigos analisados, os estudos realizados por Sandipan Dhar (2020)¹ e Nicolás Silvestre Torner (2021)² retratam casos de tuberculose cutânea sem especificar a classificação clínica das lesões, impossibilitando sua comparação com os demais trabalhos avaliados^{1,2}.

Os trabalhos científicos revisados baseiam-se majoritariamente em relatos de casos, evidenciando a importância de novos estudos em diferentes modelos, como ensaios multicêntricos, para melhor compreensão da doença e sua evolução, principalmente na população pediátrica.

REFERÊNCIAS

1. Dhar S, Ganjoo S, Dhar S, Srinivas SM. Disseminated cutaneous tuberculosis from BCG vaccination site in an immunocompetent child. *Pediatr Dermatol*. 2021 Jan;38(1):294-5.
2. Torner NS, Imbernón Moya A, Díaz-Delgado Peñas R. Complejo cutáneo tuberculoso primario (Cutaneous primary tuberculous complex). *Med Clin (Barc)*. 2021 Feb 26;156(4):202. doi:10.1016/j.medcli.2019.12.022..
3. Sanusi T, Widayati RI, Riyanto P, Malik DA, Budiastuti. Tuberculosis cutis colliquativa in an HIV-infected child. *Int J Dermatol*. 2021;60(12).
4. BayBay H, Senhaji I, Zinoun S, Elloudi S, Douhi Z, Mernissi FZ. Cutaneous tuberculosis in children from the northeastern region of Morocco. *Arch Pediatr*. 2021 Aug;28(6):491-5.
5. Gunawan H, Lamsu G, Achdiat PA, Suwarsa O, Hindritiani R. A rare case of multiple lupus vulgaris in a multifocal tuberculosis pediatric patient. *Int J Mycobacteriol*. 2019 Apr.-Jun.;8(2):205-7.
6. Maloney ME, Cohen B. Cutaneous tuberculosis in the pediatric population: A review. *JAAD Int*. 2023 May 17;12:105-11.
7. Khadka P, Koirala S, Thapaliya J. Cutaneous Tuberculosis: Clinicopathologic Arays and Diagnostic Challenges. *Dermatol Res Pract*. 2018 Jul 9;2018:7201973.