

BIÓPSIA PLEURAL CEGA NO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PLEURAL

João Filipe Cruz¹, Artur Vale², Aurora Carvalho^{3,4}, Raquel Duarte^{3,4,5,6}

1. SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA,
HOSPITAL DE BRAGA

2. SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA,
CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

3. CENTRO DE DIAGNÓSTICO
PNEUMOLÓGICO DE VILA NOVA DE GAIA

4. CENTRO HOSPITALAR
DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

5. DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA
CLÍNICA, MEDICINA PREVENTIVA E SAÚDE
PÚBLICA, FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DO PORTO

6. INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA
DA UNIVERSIDADE DO PORTO

DATA DE RECEÇÃO / RECEPTION DATE:
03/03/2014

DATA DE APROVAÇÃO / APPROVAL DATE:
03/05/2014

Caro editor,

O diagnóstico definitivo de tuberculose pleural (TP) depende da demonstração do bacilo *Mycobacterium tuberculosis* em amostras de expectoração, líquido pleural ou biópsia pleural (BP).¹ No entanto, a TP é muitas vezes um diagnóstico não confirmado, baseado em critérios bioquímicos ou histológicos.^{1,2}

O objetivo deste estudo foi analisar a contribuição da BP cega no diagnóstico de TP. Doentes submetidos a BP cega no Hospital de Braga, entre 2006 e 2011, foram identificados a partir de uma base de dados de registos de biópsias pleurais. Características do líquido pleural e resultados das BP foram analisados retrospectivamente através da revisão de processos clínicos. Doentes com derrame pleural exsudativo submetidos a BP cega foram incluídos no estudo. Casos com análise bioquímica, citológica ou microbiológica incompleta do líquido pleural foram excluídos. Culturas da BP não foram incluídas na análise por dados insuficientes. A presença de adenosina desaminase (ADA) >70 U/L e ratio linfócitos/neutrófilos >0,75 foi usado como critério bioquímico para o diagnóstico de TP e a presença de granulomas na BP como critério histológico. A confirmação do diagnóstico de TP foi considerado por isolamento de *Mycobacterium tuberculosis* em culturas de líquido pleural ou amostras respiratórias.

Foram realizadas um total de 272 BP em 240 doentes, com idade média de 67 anos, 65% do sexo masculino. Sessenta e nove casos foram excluídos. O diagnóstico de TP foi estabelecido em 39/203 casos (19.2%). Vinte e dois casos preenchem os critérios bioquímicos para TP e, destes, somente um teve outro diagnóstico: um caso de linfoma. Nos restantes 181 casos sem critérios bioquímicos, o diagnóstico de TP foi estabelecido em 18 doentes. A BP cega identificou granulomas em 23 casos, todos com diagnóstico confirmado de TP. A sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo dos critérios bioquímicos para o diagnóstico de TP foi, respectivamente, 53.8%, 99.4%, 95.5% e 90.1% e a combinação da BP cega com os critérios bioquímicos foi, respectivamente, 76.9%, 99.4%, 96.7% e 94.8%.

Nesta amostra, a realização da BP cega associada à análise do líquido pleural obteve uma boa rentabilidade diagnóstica, sendo que a adição da BP à análise do líquido pleural aumentou a sensibilidade e o valor preditivo negativo. Num estudo prospetivo e diretamente comparativo entre diferentes métodos de diagnóstico, Diacon *et al*³ demonstrou que a combinação da ADA no líquido pleural, percentagem de linfócitos e BP cega tem uma elevada rentabilidade no diagnóstico de TP, com especificidade similar e ainda melhor sensibilidade do que neste estudo, embora tenham usado um diferente valor de ADA (>50 U/L).

Em conclusão, embora os resultados deste estudo sejam similares a outros previamente descritos, continuam a suportar a realização da BP cega na avaliação inicial de derrames pleurais exsudativos devido à sua elevada rentabilidade diagnóstica usando uma técnica minimamente invasiva.

TABELA 1 RESULTADOS DOS CRITÉRIOS BIOQUÍMICOS E HISTOLÓGICOS NO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PLEURAL

	CRITÉRIOS BIOQUÍMICOS		CRITÉRIO HISTOLÓGICO		CRITÉRIOS BIOQUÍMICOS E HISTOLÓGICO	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
TUBERCULOSE PLEURAL	21	18	23	16	30	9
OUTRO DIAGNÓSTICO	1	163	0	164	1	163

REFERÊNCIAS

1. Gopi A, Madhavan SM, Sharma SK, Sahn SA. Diagnosis and treatment of tuberculous pleural effusion in 2006. *Chest* 2007; 131:880-89.
2. Light RW. Update on tuberculous pleural effusion. *Respirology* 2010; 15:451-58.
3. Diacon AH, Van de Wal BW, Wyser C, Smedema JP, Bezuidenhout J, Bolliger CT, Walzl G. Diagnostic tools in tuberculous pleurisy: a direct comparative study. *Eur Respir J* 2003; 22:589-91.

CORRESPONDÊNCIA:

JOÃO FILIPE CRUZ
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA, HOSPITAL DE BRAGA,
SETE FONTES - SÃO VÍCTOR, 4710-243 BRAGA
JOAOFILPECRUZ@GMAIL.COM