

UTILIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS TESTES TUBERCULÍNICOS

ISABEL AMARAL

Unidade de Pneumologia. Serviço de Pediatria. Hospital de Santa Maria. Lisboa

RESUMO

O Autor revê as dificuldades de, com o actual esquema de vacina BCG, diagnosticar casos de Tuberculose Infecção. Aponta alguns caminhos, que em seu entender, permitem uma interpretação mais correcta do Teste Tuberculínico tendo em conta o contexto clínico, epidemiológico e social da criança em que é executado.

SUMMARY

Controversy regarding the use and interpretation of Tuberculin Skin Test

The author reviews the difficulties in diagnosing Tuberculosis Infection with the current BCG National Vaccination Plan. The author points out some directions that, in her point of view, may provide a clearer interpretation of the Tuberculin Skin Test, bearing in mind the child's clinical, epidemiologic and social background.

Cem anos após a descoberta de Koch e, provavelmente, devido à ausência de investigação em Tuberculose, o teste tuberculínico é ainda o único método de diagnóstico de tuberculose infecção, método este que, embora tendo um alto grau de sensibilidade, (isto é, dá poucos falsos negativos) tem um baixo grau de especificidade (ou seja, dá muitos falsos positivos).

Foi durante muito tempo prática entre nós, pediatras, utilizar de um modo rotineiro provas tuberculínicas seriadas. Argumentávamos que essa prática nos permitia detectar, precocemente, uma *viragem* tuberculínica e, simultaneamente, através da criança chegar ao adulto bacilífero.

Esta atitude não é mais possível, hoje em dia, em Portugal.

Segundo dados recentes publicados pela Direcção Geral de Saúde, a cobertura vacinal (com B.C.G.) em crianças com menos de um ano foi de 90.8% no ano de 1993. Ora, é sabido que a vacina de B.C.G. altera a resposta tuberculínica e influencia a sua potencial validade no diagnóstico da tuberculose. De facto, não há nenhum método que permita distinguir uma conversão tuberculínica provocada pelo B.C.G. da provocada pelo *Mycobacterium Tuberculosis*.

Importa Assim:

1 – Seleccionar as crianças que estão em risco de se infectarem;

2 – Cumprir as normas de execução e interpretação do teste tuberculínico;
3 – Interpretá-lo no contexto em que é executado.

1 – Está em risco – e, por isso, deverá fazer uma prova tuberculínica – toda a criança em contacto com um doente bacilífero conhecido.

Este risco é, no entanto, como veremos, um risco ponderado. Uma fonte infectante, na ausência de tratamento, contamina 10 a 13 pessoas por cada ano de contagiosidade.

Se o diagnóstico for feito atempadamente, mesmo assim terá contaminado duas ou três pessoas durante o período anterior ao tratamento.

A maior ou menor probabilidade de infecção vai depender da **intensidade e duração** desse contacto. Assim, indivíduos que vivem na mesma casa e particularmente se dormem na mesma cama correm um risco maior de se infectarem. **A probabilidade é substancialmente menor quando o contacto é casual.**

Os doentes com **baciloscopias positivas em exame directo** são mais contagiosos do que aqueles em que o bacilo só foi isolado em cultura.

O risco de doença, após a infecção, é de 5% a 15% nos primeiros 10 anos, sendo francamente mais elevado nos primeiros dois anos que se seguem ao contágio.

Estão também em risco aquelas crianças que convivem com toxicodependentes, nomeadamente por via

intravenosa e/ou seropositivos para o V.I.H.

São ainda de risco as crianças oriundas de minorias étnicas ou ráticas e aquelas que, por motivos económicos e/ou sociais vivem nas ruas – as chamadas *sem abrigo*.

2 – Vamos relembrar algumas normas básicas de execução e interpretação das provas tuberculinas, tantas vezes esquecidas, mas que condicionam a sua correcta utilização como meio de diagnóstico.

- a) Só a intradermoreacção de Mantoux é quantitativa;
- b) Deve ser feita com tuberculinas standard - em Portugal utiliza-se o P.P.D. R.T.23 a 2 U.TU.;
- c) Deve ser lida às 72 Horas, medindo com uma régua graduada a **induração**. O diâmetro que se mede e se regista em mm é o **transversal**.

O monoteste não é quantitativo e está sujeito a erros. De facto, se tanto o teste intradermico como o monoteste são equivalentes para reconhecer indivíduos não reactivos, só 34% dos tuberculina positivos pelo teste intradermico o são também com monoteste. Significa isto que o monoteste dá muitos falsos negativos.

Reactor tuberculínico é aquele indivíduo que tem provas tuberculínicas positivas.

Em Portugal, é considerado **positivo** qualquer teste tuberculínico intradermico com uma induração **> ou = a 6 mm**. Ora, um indivíduo pode ser reactor por estar vacinado, por estar infectado com o *mycobacterium tuberculosis* ou por outras mycobacterias.

Converter tuberculínico é aquele indivíduo que, tendo uma prova tuberculínica anterior **negativa**, passa a ter agora uma **positiva**. Considera-se também **converter** o indivíduo que, tendo uma prova tuberculínica anterior positiva, tem agora um **aumento de 10 mm** nas dimensões de induração.

A repetição (em indivíduos não sensibilizados) de provas intradérmicas, não os sensibiliza à tuberculina. Quer isto dizer que se um indivíduo for de facto negativo (por não estar vacinado/infectado com *mycobacteria tuberculosis* ou não tuberculosa) a repetição de provas intradérmicas, no mesmo local e com intervalos curtos, não o torna tuberculina positivo.

A repetição de prova tuberculínica (em indivíduos previamente sensibilizados) pode desencadear um efeito *booster*, isto é, um efeito intensificador.

Numa criança vacinada com B.C.G. a hipersensibilidade à tuberculina vai diminuindo com o passar dos anos e em algumas delas pode ser, numa prova inicial, aparentemente negativa, sem que isso signifique ausência de efeito *protector*. Isto quer dizer que uma prova tuberculínica pode, numa criança vacinada, ser negativa sem de que isso represente *perda de validade* da vacina. A repetição dessa prova intradérmica vai reactivar a memória imunológica e provocar, assim, agora um teste tuberculínico positivo.

Este efeito *booster* pode surgir quando as provas tuberculínicas são repetidas com intervalos que vão de

uma semana a um ano ou mais. Novos testes conduzem a intensificações sucessivamente maiores, correndo o risco de interpretarmos como conversão tuberculínica algo que, por este motivo, não tem esse significado.

O P.N.V. recomenda **revacina**: na ausência de cicatriz vacinal no lactente e aos 6 e 12 anos quando um teste tuberculínico anteriormente executado for considerado negativo.

É sabido que a revacina B.C.G. não aumenta o seu efeito *protector* mas intensifica a reacção tuberculínica auxiliando, assim, um efeito *booster*.

Sabe-se que cicatrizes vacinais exuberantes e de grandes dimensões estão relacionadas com provas tuberculínicas de maior induração e mais persistentemente positivas.

Há dados da experiência que nos permitem afirmar que também as complicações vacinais – beceгите e adenite satélite – influenciam o resultado das provas tuberculínicas (quanto às dimensões da induração e duração de positividade).

3 – É preciso não esquecer que o teste tuberculínico é um teste diagnóstico. Como qualquer outro teste diagnóstico tem que ser interpretado no contexto em que é executado. Teste, material, condição do indivíduo testado, são dados importantes para decidir do seu valor. De facto, que valor poderá ter, por exemplo, um E.C.G. se a história for desconhecida, os electrodos mal colocados, e o leitor inexperiente e mal treinado? Assim, torna-se importante saber que tuberculina foi utilizada, em que tipo de prova, quantas unidades, quem executou, leu e registou. Tudo isto, não só no que respeita à prova tuberculínica em que apoiamos o diagnóstico, como também em relação às anteriores se as houver.

Colocadas estas questões prévias perguntamos: como utilizar, na nossa população, uma prova tuberculínica de modo a diagnosticarmos, de facto, casos de tuberculose-infecção/doença?

Podemos dizer que é fundamental:

- 1.º utilizar, somente, a intradermoreacção de Mantoux;
- 2.º não fazer prova tuberculínica para controle da eficácia vacinal;
- 3.º não fazer prova tuberculínica pre-vacinal depois de uma primovacinação que deixou cicatriz visível;
- 4.º só fazer Mantoux em crianças com risco de infecção ou suspeitas de doença tuberculosa;
- 5.º a prova deverá ser executada e lida por um técnico treinado e da nossa inteira confiança;
- 6.º não repetir nunca vacina B.C.G. (mesmo com prova tuberculínica negativa) depois de uma primeira vacinação correcta e que produziu cicatriz.

Se observarmos estas normas, se não esquecermos a dimensão social da doença, se estivermos atentos a sintomas frustes e inespecíficos e se soubermos valorizar as radiografias do torax, daremos um pequeno passo na melhoria das condições diagnósticas desta doença na idade pediátrica.