

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA TUBERCULOSE EM LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA (LEPAC) PARA A 15ª REGIONAL DE SAÚDE DE MARINGÁ, PARANÁ

Fernando Ramos de Freitas(Bolsista/ Acadêmico medicina-UEM), Ewandro Braz Contardi (Acadêmico medicina-UEM), Tamara de Nardo Vanzela (Acadêmico medicina-UEM), Alberto Borgheti Gomes (Acadêmico medicina-UEM), Rosângela Zampieri Pina (mestranda PCS/UEM), Elisa Keiko Hirayama Takao (DAC/UEM), Rosilene Fressatti Cardoso (Coordenadora do projeto, DAC/UEM), e-mail: rfgcardos@uem.br

Universidade Estadual de Maringá/Departamento de Análises Clínicas-Maringá-PR

Área temática: Saúde

Palavras-chave: Tuberculose, Cultura, Diagnóstico laboratorial

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e um problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima em dois bilhões o número de pessoas com infecção latente e que, anualmente, ocorram cerca de 8,8 milhões de novos casos da doença. O Brasil ocupa o 14º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de TB no mundo. Embora o diagnóstico presuntivo da doença possa ser feito por dados clínicos e achados radiológicos, o definitivo depende da baciloscopia e cultura, seguido de uma bateria de provas bioquímicas para a identificação da espécie micobacteriana. A microscopia direta (Ziehl-Neelsen), em busca de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR), é um método rápido e barato, no entanto, tem baixa sensibilidade e especificidade. Na detecção do *M. tuberculosis* a cultura é considerada o padrão ouro, sendo necessário entre 10 a 100 células bacterianas. O objetivo do trabalho foi estudar a ocorrência de tuberculose em pacientes sintomáticos respiratórios atendidos no Laboratório de Ensino e Pesquisa em Análises Clínica (LEPAC) e oriundos de cidades da 15ª Regional de Saúde de Maringá, Paraná. O estudo foi realizado no período de outubro de 2008 a setembro de 2009. Para a baciloscopia foram confeccionados esfregaços de todas as amostras e corados utilizando o método de Ziehl-Neelsen e as culturas de escarro (n=394) foram realizadas pelo método de Ogawa-Kudoh. As amostras biológicas não escarro foram cultivadas sem descontaminação prévia quando da coleta de material biológico de sítio anatômico estéril e as obtidas de sítios anatômicos não estéreis foram descontaminadas pelo método Lauril sulfato de sódio e cultivadas em meio de Lowenstein-Jensen (L-J). Foram realizadas 1598 pesquisas direta para BAAR, sendo 1049 (65,6%) em amostras de pacientes adulto do sexo masculino e 509 (31,9%) do sexo feminino. Entre os pacientes atendidos, 40 (2,5%) eram crianças com idade até 14 anos (26 do sexo masculino e 14 do sexo feminino). As amostras biológicas que foram solicitadas para pesquisa de BAAR foram: Escarro (n=1534), Líquido cefalorraquidiano (n=31), lavado brônquico (n=14), líquido pleural (n=10), secreção purulenta (n=4), Urina (n=64), lavado gástrico (n=31), Aspirado ósseo

(n=2), Secreção de trato orotraqueal (n=17), hemocultura (n=10), líquido ascítico (n=1), líquido sinovial (n=1), líquido de abscesso cerebral (n=1), biópsia de ombro inferior direito (n=1), biópsia (n=2), Aspirado nasofaríngeo (n=3). A pesquisa direta de BAAR em amostras de escarros foi positiva em 81 pacientes, sendo 69 adultos do sexo masculino e 12 adultos do sexo feminino. Das culturas com crescimento de BAAR todos os isolados foram identificados bioquimicamente como pertencentes ao Complexo *Mycobacterium tuberculosis*. Dois pacientes com cultura positiva para *M. tuberculosis* apresentaram resultado da baciloscopia de escarro negativa para BAAR. Todos os isolados foram sensíveis as principais drogas utilizadas no tratamento da tuberculose (isoniazida, rifampicina e pirazinamida). Os resultados reforçam a necessidade da cultura de todas as amostras de escarros com objetivo de pesquisar BAAR, uma vez que dois pacientes não teriam o diagnóstico bacteriológico de tuberculose confirmado caso a cultura não fosse realizada.