



Ano VI, v.1 2026 | **submissão: 09/01/2026** | **aceito: 11/01/2026** | **publicação: 13/01/2026**

Tuberculose ganglionar em crianças: relato de um caso

Lymph node tuberculosis in children: a case report

Maria Cristina Mattos Couto – professora da Universidade Estácio de Sá / IDOMED, médica pediatra do Hospital Municipal Lourenço Jorge.

mcrismcouth@yahoo.com.br

Maria Clara de Assis Ferreira – médica residente do Hospital Municipal Lourenço Jorge

mariassisf14@gmail.com

Resumo

A tuberculose ganglionar em crianças, também chamada de linfadenite tuberculosa (TBL), é a forma mais comum de tuberculose extrapulmonar (TBEP) em pacientes menores de 15 anos. A tuberculose permanece como uma das principais causas de morbimortalidade infantil em países em desenvolvimento. A OMS estima que aproximadamente 12% dos casos globais de TB em 2023 ocorreram em crianças, e entre 15% e 25% desses casos são extrapulmonares — com a linfadenite representando a maior proporção dessas formas sendo a cadeia cervical unilateral, a mais afetada principalmente nos pré-escolares. O objetivo deste estudo foi revisar a literatura sobre a tuberculose ganglionar em crianças, abordando aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos.

Palavras-chave: Tuberculose. Ganglionar. Linfadenite.

Abstract

Tuberculous lymphadenitis (TBL) in children is the most common form of extrapulmonary tuberculosis (EPTB) in patients under 15 years of age. Tuberculosis remains a leading cause of childhood morbidity and mortality in developing countries. The WHO estimates that approximately 12% of global TB cases in 2023 occurred in children, and between 15% and 25% of these cases are extrapulmonary—with lymphadenitis representing the largest proportion of these forms, and unilateral cervical lymphadenitis being the most affected, especially in preschoolers. The aim of this study was to review the literature on lymph node tuberculosis in children, addressing clinical, diagnostic and therapeutic aspects.

Keywords: Tuberculous. Lymph node. Lymphadenitis.

1. Introdução

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. A forma ganglionar é uma das mais comuns em crianças e adolescentes, descrita por uma especificidade crônica dos gânglios linfáticos.

2. Materiais e Métodos

Foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados SciELO, LILACS PubMed, utilizando os descritores "tuberculose ganglionar", "crianças" e "adolescentes".

3. Discussão

A doença, causada pelo *mycobacterium tuberculosis* (também conhecido como bacilo de Koch) caracteriza-se pelo acometimento de linfonodos cervicais, mas pode envolver cadeias axilares, supraclaviculares e intratorácicas, sendo esta última especialmente observada em lactentes e crianças

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 09/01/2026 | aceito: 11/01/2026 | publicação: 13/01/2026

pequenas. A linfadenite tuberculosa em crianças apresenta evolução subaguda ou crônica (mais de 3 semanas), com aumento progressivo dos linfonodos, geralmente indolores, de consistência firme a elástica, podendo evoluir para necrose caseosa central, flutuação, supuração e fistulização cutânea. Na maioria dos casos, não há sintomas sistêmicos, como febre prolongada ou perda ponderal, o que torna o diagnóstico precoce, muitas vezes, difícil de ser definido.

O diagnóstico da linfadenopatia tuberculosa é multifatorial, combinando história epidemiológica (contato com TB, alta endemicidade), exame clínico (padrão de linfonodomegalia crônica), testes imunológicos: TCT (PPD) e IGRA, exames microbiológicos: baciloscopia, cultura, Xpert MTB/RIF/Ultra, exames citológicos ou histopatológicos (FNAB ou biópsia excisional) e métodos de imagem (USG, TC, RM). O diagnóstico definitivo ocorre com confirmação microbiológica ou histológica compatível (granulomas caseosos + BAAR ou PCR positivo). A cultura permanece padrão-ouro, porém seu resultado demora 2–8 semanas.

O teste cutâneo da tuberculina (TCT), também chamado de PPD, é tradicionalmente utilizado como método de triagem para infecção tuberculosa. Exame de simples realização, baixo custo e acessível com aplicação intradérmica e leitura em 48–72h:

Induração ≥ 10 mm é considerada positiva na maioria das crianças

Induração ≥ 5 mm é critério em crianças imunodeprimidas ou contactantes

Pode ser falso-positivo em vacinados com BCG (especialmente < 5 anos)

Pode ser falso-negativo em imunossupressão, doença grave, desnutrição ou TB disseminada

O tratamento da linfadenite tuberculosa segue os mesmos princípios da tuberculose extrapulmonar pulmonar sensível a fármacos, porém com particularidades relacionadas à resposta clínica lenta, risco de fistulização e massa residual persistente.

A ultrassonografia é um exame de imagem complementar de primeira escolha e podem ser observados linfonodos agrupados, linfonodo hipoecoico com necrose central, espessamento capsular, aderência entre linfonodos e tecidos adjacentes, calcificações tardias (fase cicatricial), e / ou vascularização periférica preservada ao Doppler.

O tratamento é essencialmente medicamentoso, com cirurgia reservada para casos selecionados. A duração padrão é 6 meses, mas pode ser estendida para 9–12 meses em casos complicados (supuração, imunossupressão, resistência, má resposta).

As crianças menores de 10 anos recebem o esquema RIP (Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida) por 2 meses seguidos por 4 meses de RI (Rifampicina e Isoniazida), enquanto as crianças maiores de 10 anos recebem o esquema RIPE (Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol) por 2 meses seguidos por 4 meses de RI (Rifampicina e Isoniazida). A linfadenite tuberculosa tem importante impacto clínico e social devido a possíveis sequelas, tempo prolongado de evolução, dificuldade diagnóstica e necessidade de tratamento prolongado, especialmente em

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 09/01/2026 | aceito: 11/01/2026 | publicação: 13/01/2026

locais com recursos limitados. A despeito de seu curso geralmente benigno quando tratada, a cirurgia pode ser indicada, como:

- Diagnóstico inconclusivo (biópsia excisional)
- Fístula crônica com drenagem persistente
- Linfonodo frio com flutuação > 3 cm
- Comprometimento estético importante
- Falha terapêutica documentada

É importante salientar que a redução do volume ganglionar pode ser lenta (semanas a meses) e que a persistência de linfonodos endurecidos não indica falha. A supuração tardia pode ocorrer mesmo após início do tratamento. Deve-se avaliar falha apenas após 3 meses sem melhora ou piora clínica.

O tempo de tratamento pode ser alterado em caso de:

Doença ganglionar com supuração persistente (tempo de tratamento: 9–12 meses)

HIV positivo e doença extensa ou múltiplos sítios (tempo de tratamento: 9 meses)

Relato de caso

Paciente pré-escolar, feminina, 7 anos, natural do Rio de Janeiro, residindo em Guaratiba, apresentou edema submandibular em 26/09/2025, com febre noturna (38° - 39°C) intermitente. Foi inicialmente avaliada pelo dentista em 29/09/2025 que prescreveu amoxicilina, tendo feito uso por 7 dias sem melhora. A criança foi reavaliada dias depois pelo médico da clínica da família recebendo o diagnóstico de parotidite com prescrição de amoxicilina com clavulanato de potássio por 14 dias. No final deste prazo, a lesão havia aumentado de volume, e a paciente foi buscar atendimento em serviço privado no dia 22/10/2025, sendo liberada para casa com prescrição de Cefaclor por 7 dias, prednisolona e ibuprofeno. Criança retornou para atendimento em unidade emergência em 27/10/2025 após 5 dias de cefaclor sem qualquer indício de melhora, sendo indicada internação hospitalar para investigação diagnóstica.

Pai refere sudorese noturna, negando contato com portadores de tuberculose ou perda ponderal.

Ao exame físico inicial, apresentava-se em bom estado geral, eutrófica, com presença de linfonodomegalia em região submandibular direita, parcialmente móvel, de consistência fibroelástica e indolor a palpação. Iniciado antibioticoterapia venosa com oxacilina na dose habitual.

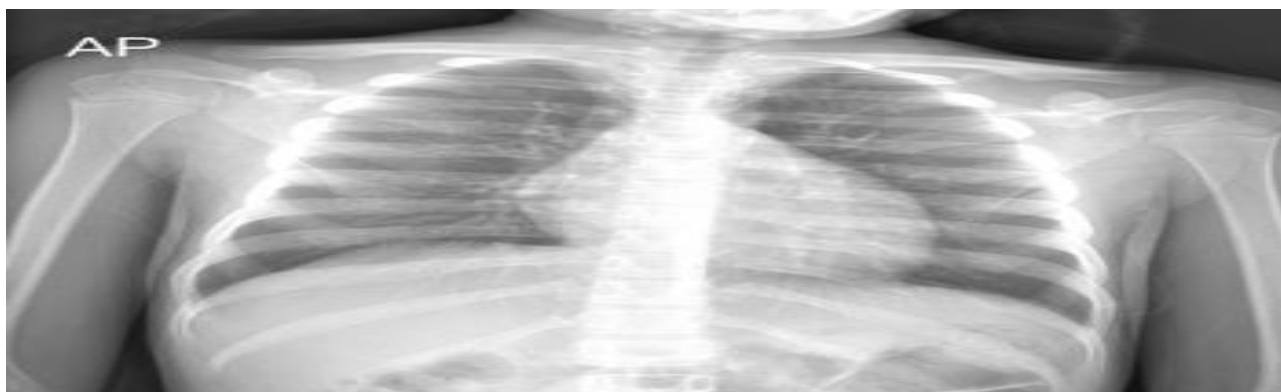
Avaliada pela equipe de cirurgia bucomaxilofacial que não identificou envolvimento dentário.



USG região cervical: linfonomegalia arredondada com limites definidos de conteúdo hipodenso e heterogêneo em região submandibular direita medindo 2,7 x 2,2 cm. Ao doppler, apresenta escassa vascularização periférica (necrose central?)

TC de face: massa com densidade de partes moles medindo 2,7 x 2,2 cm na região submandibular a direita inferiormente a glândula parótida

RX torax: normal



Hemograma com hb de 13,2, leucócitos 8.800 com predomínio de linfócitos, plaquetas 348.000

PCR: 1,6

Função renal e hepática: valores dentro da normalidade

Amilase: 52 e lipase: 35

Hemocultura: negativa

Teste rápido para HIV e sífilis: negativos

Sorologias:

citomegalovirus: igG reagente / igM não reagente

epstein Barr: igG nao reagente / igM reagente (55 U/ml)

herpes simples 1 e 2: igG nao reagente / igM não reagente

rubéola: igG regaente / igM nao reagente

toxoplasmose: igG nao reagente / igM não reagente

Ano VI, v.1 2026 | submissão: 09/01/2026 | aceito: 11/01/2026 | publicação: 13/01/2026

anti HIV: não reagente

Manteve-se estável hemodinamicamente, sem apresentar picos febris, porém com volume / características da lesão mantidos, sem qualquer regressão.

Em 31/10/25, realizado PPD com leitura de 10 mm em 03/11/25.

Em 04/11/25, realizado biópsia ganglionar com material encaminhado para anatomia patológica com laudo abaixo:

“ Processo inflamatório crônico granulomatoso com células gigantes tipo Langhans e necrose caseosa central. As colorações para pesquisa de B.A.A.R. e fungos foram negativas. O quadro histopatológico favorece Tuberculose.”

Iniciado tratamento com esquema RIP (Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida) com alta hospitalar para acompanhamento na Clínica da Família em 05/11/2025.

Conclusão:

A tuberculose ganglionar em crianças é uma doença que requer diagnóstico e tratamento precoces para evitar complicações. Seu diagnóstico é um desafio clínico devido ao quadro clínico muitas vezes pouco evidente. A revisão da literatura destaca a importância de incluir a tuberculose ganglionar nos diagnósticos diferenciais das linfadenopatias em quadros arrastados, da vigilância epidemiológica e da educação em saúde para o controle da doença.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): Tuberculose – normas e rotinas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

ROCHA, E. F. et al. **Análise multi-ômica das vias associadas à tuberculose infantil**. 2022. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Instituição de Ensino Superior, Brasil, 2022.

SANTOS, B. A. et al. **Tuberculose em crianças e adolescentes: uma análise epidemiológica e espacial no**



Ano VI, v.1 2026 | submissão: 09/01/2026 | aceito: 11/01/2026 | publicação: 13/01/2026
estado de Sergipe, Brasil, 2001–2017. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 2939–2948, 2020.

SILVA, D. R. et al. **Diretrizes brasileiras para o manejo da tuberculose.** *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 46, n. 2, e20190390, 2020.

PEREIRA, S. M. et al. **Aspectos clínicos e epidemiológicos da tuberculose em menores de 15 anos no Brasil.** *Revista de Saúde Pública*, v. 53, p. 1–10, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Report 2022.** Geneva: WHO, 2022.