

Tuberculose e Gravidez: Mitos e Verdades

Tuberculosis and Pregnancy: Myths and Truths

BELTRÃO PAIVA CASTELLO BRANCO¹
TOMÁS CATÃO MONTE RASO²
FLÁVIO VARELA DE ARAÚJO²
DANILO TORRES MATOS³

RESUMO

Objetivo: Com base no exposto e considerando que estudos a respeito do tema em pauta: verdades e mitos envolvendo a tuberculose e gravidez são raros, objetiva-se com o presente estudo elucidar a questão a partir das incertezas que afligem os estudantes de medicina e que poderiam refletir como parâmetros no binômio, frente à quimioterapia antituberculose a curto e longo prazo. *Material e métodos:* Simples, oportuno e atual, sobre um tema bastante polêmico no âmbito da fisiologia clínica: "tuberculose e gravidez", a pesquisa trata de um estudo observacional descritivo do tipo série de casos, no qual os autores analisaram dez prontuários (ANEXO I) de pacientes atendidos no interregno de 2000 a 2009 no Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF). *Resultados:* Após análise dos dez prontuários não foram observados efeitos teratogênicos nos conceitos de mães tratadas por tuberculose com esquema preconizado. *Conclusão:* O esquema preconizado para o tratamento da tuberculose mostrou-se seguro e eficaz para terapêutica materna sem produzir efeitos colaterais para a genitora e, da mesma forma, sem produzir teratogenicidade para o conceito.

DESCRIPTORES

Tuberculose. Quimioterapia. Gravidez.

SUMMARY

Objective: On the basis of the displayed one and considering that studies regarding the subject in guideline: truths and myths involving the tuberculosis and pregnancy are rare, objective with the present study to elucidate this question from the uncertainties that afflict medical students and that they could reflect as for effect in the binomial front to the chemotherapy antituberculosis the short and long stated period. *Material and methods:* Simple, opportune and current on a sufficiently controversial subject in the scope of the clinical physiology: "tuberculosis and pregnancy", this research is about a descriptive observational study of the type series of cases in which the authors had analyzed ten handbooks (ANNEX I) of patients taken care of in period of 2000 to the 2009 in the Hospital Complex Clementino Fraga (CHCF). *Results:* After analysis of the ten charts, no teratogenic effects were observed in concepts of mothers treated for tuberculosis with regimen recommended. *Conclusion:* The regimen recommended for treatment of tuberculosis was found to be safe and effective for maternal treatment without producing side effects for mothers' and, likewise, without producing teratogenicity to the concept.

DESCRIPTORS

Tuberculosis. Chemotherapeutic. Pregnancy.

1 Professor Doutor do Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal da Paraíba.

2 Acadêmico de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba

3 Médico Residente em Ginecologia e Obstetrícia - CCS/UFPB

A influência da gravidez no prognóstico da tuberculose tem sido motivo de discussão desde a antiguidade. Alguns autores acreditavam que a gravidez teria efeito benéfico sobre a tuberculose. Esse ponto de vista persistiu até o início do século 19. Recomendava-se que mulheres tuberculosas casassem e engravidassem, pois acreditava-se que o aumento do útero gravídico funcionaria como uma colapsoterapia (RAMADGE, 1935 *apud* SNIDER, 1984).

Na segunda metade do século 19, surgiu um conceito diametralmente oposto: o médico deveria induzir o aborto nas gestantes acometidas pela tuberculose. Posteriormente, tal prática intervencionista foi ponderada, visto que a gravidez na mulher com tuberculose era algo infortúnio, sendo assim, era recomendada a prevenção pelo melhor método possível (WILLIAMS, 1917).

Na primeira metade do século 20, a idéia de que mãe, feto e tuberculose era uma combinação imperfeita, foi evidenciado nas seguintes propostas: se virgem, não casasse; se fosse casada, não engravidasse; se engravidasse, praticasse o aborto; e se lactante, não amamentasse (YOUNG, 1936).

Após o surgimento do tratamento para tuberculose houve grandes modificações nas opiniões. Foram evidenciadas equivalências nos resultados do tratamento de tuberculose de grávidas ou não (SCHAEFER, 1975). A gravidez não era desencadeante específico de reativação da tuberculose (TAYLOR, 1969).

Com a evolução dos antituberculostáticos, após a década de 60, poucos estudos foram realizados com o foco em mulheres grávidas, devido a uma forte previsão do controle da doença.

Atualmente, aceita-se que a gravidez, o parto, o puerpério e a lactação não acrescentam qualquer risco à tuberculose pulmonar, desde que o tratamento seja realizado corretamente (SILVA, 1980).

Apresentamos esta revisão discorrendo sobre: influência da gravidez na tuberculose, influência da tuberculose na gravidez, influência da tuberculose no feto, influência da tuberculose no aleitamento e a avaliação dos tuberculostáticos mais frequentemente utilizados.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa trata de um estudo observacional descritivo do tipo série de casos, no qual os autores analisaram dez prontuários (ANEXO I) de pacientes

atendidos no interregno de 2000 a 2009 no Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF).

RESULTADOS

Após análise dos dez prontuários não foram observados efeitos teratogênicos nos conceitos de mães tratadas por tuberculose com esquema preconizado.

DISCUSSÃO

1) Influência da gravidez na tuberculose:

A primeira conclusão é que atualmente sabemos que a gravidez não agrava nem tampouco melhora a evolução da tuberculose. A tuberculose adequadamente tratada tem evolução idêntica na mulher tuberculose não grávida.

O segundo aspecto importante é com relação ao PPD em mulheres grávidas. Houve época em que o PPD era feito no início da gravidez e caso fosse reator forte era usada quimioprofilaxia com Isoniazida, o que no momento não se indica. Outro aspecto é a possibilidade do PPD não ser reator em mulheres tuberculosas em vista da gravidez. Outros estudos não confirmaram tal afirmativa (MONTGOMERY, 1968; PRESENT, 1975). Hoje é aceito que o teste tuberculíneo tem o mesmo valor, esteja a mulher grávida ou não (TAYLOR, 1969).

O terceiro aspecto a ser discutido é o conceito antigo de que mulheres com tuberculose pulmonar residual poderiam ter reativação da doença com a gravidez. O trabalho de Schwab e Dobstadt de 1966 (SNIDER, 1984) fez revisão da literatura e descreve sete trabalhos sugerindo maior risco de aparecimento de tuberculose em grávidas. Um desses trabalhos da Alemanha Ocidental sugere um risco 1,5 vezes maior de tuberculose em mulheres grávidas por reativação de tuberculose pulmonar residual. Vários outros trabalhos (SHAEFER, 1975; PRIDIC, 1971), entretanto, mostram risco de adoecimento idêntico em mulheres grávidas ou não, contrariando a idéia de confirmação de que a gravidez possa aumentar o risco de reativação de doença curada.

O quarto aspecto a ser discutido é a possível indicação de aborto terapêutico em tuberculosas que engravidem ou em gravidez que se descobre tuberculose. Embora essa indicação existisse em trabalhos clássicos como o de J. W. Williams (WILLIAMS, 1917; WILLIAMS, 1930) publicados em 1917 e 1930, hoje em

dia isso não é aceito. A tuberculosa que engravidar deve seguir sua gravidez sendo submetida ao tratamento. A única indicação de abortamento a ser discutida seriam os casos em que a tuberculose levou a dano pulmonar extremamente grave, com grave insuficiência respiratória. Nesse caso a indicação de aborto não seria pela tuberculose e sim pela insuficiência respiratória grave (SILVA, 1980).

2) Influência da tuberculose na gravidez:

As primeiras dúvidas nessa relação são:

Deve ser permitido à mulher com tuberculose engravidar?

Embora já tenha sido comentado que a mulher grávida na qual se descobre tuberculose deve dar continuidade a sua gravidez, a mulher tuberculosa que vai iniciar ou está em curso do tratamento tuberculostático deve evitar a gravidez. Evidente, que evitando a gravidez alguns meses, ou mesmo até o término do tratamento, ela transcorrerá com mais tranquilidade e segurança. Como método anticoncepcional a mulher deve usar outros que não o anticoncepcional oral, caso esteja em uso de Rifampicina. Este fármaco através de ativação de metabolização hepática ou por inativação direta do estrogênio pode diminuir a eficiência de anticoncepcional oral (SKOLINCK, 1976).

Deve ser permitido à mulher curada de tuberculose engravidar?

Durante muito tempo a mulher que teve tuberculose foi orientada a evitar a gravidez. Tal orientação devia-se ao receio de reativação da doença especialmente no pós-parto e aleitamento (SNIDER, 1984) Tal fato era imputado a alterações hormonais, abaixamento ou retificação do diafragma após o parto, déficit nutricional durante o aleitamento e sono insuficiente devido aos cuidados com a criança (SNIDER, 1984).

Todos esses fatores perderam importância após o advento da quimioterapia antituberculose. Com o tratamento adequado, o risco de recidiva na mulher grávida é idêntico ao da população em geral (MARCH, 1975).

Há modificações na rotina para o diagnóstico de caso suspeito de tuberculose, se a mulher estiver grávida?

A rotina diagnóstica é essencialmente a mesma. Mulheres grávidas com suspeita de tuberculose e que apresentam tosse com expectoração devem inicialmente

ser submetidas a 2 baciloscopias de escarro. Caso sejam negativas e a suspeita clínica persista, devem ser submetidas a telerradiografia do tórax com proteção de abdômen através de avental revestido com chumbo. Lembramos que a dose teratogênica é de 5rds na região uterina e a radiografia de tórax induz a dose de 5mrds, portanto uma dose mil vezes menor do que a mínima é teratogênica (BETHLEM, 1988). Outro aspecto é com relação ao PPD que alguns autores afirmavam que poderia tornar-se não reator durante a gravidez (FINN, 1972). Hoje em dia vários trabalhos demonstram que isso não ocorre (MONTGOMERY, 1968; PRESENT, 1975).

Há modificações no esquema de tuberculostático?

O esquema tuberculostático deve ser o mesmo e a duração do tratamento também. No caso de formas resistentes não deve ser usada a Etionamida pelo risco de teratogênese, e deve ser usada a Estreptomina, com cuidado, pelo risco de ototoxicidade fetal (SNIDER, 1984).

Como deve ser feito o controle do tratamento?

Quando a paciente apresenta tosse com expectoração, o controle deve ser feito pela baciloscopia ou exame direto do escarro, mensalmente. Um tratamento correto determina uma rápida diminuição do número de bacilos nas lesões, conseqüentemente nos escarros, o que se reflete por baciloscopias negativas, demonstrado por um decrescente número de germes a cada mês, até sua completa negativação. Por vezes, a paciente deixa de apresentar expectoração, o que deve ser interpretado como um fator positivo, equivalente a uma baciloscopia negativa, ou melhor.

Nos casos em que o diagnóstico materno foi essencialmente clínico-radiográfico, o controle deverá ser clínico mensalmente e radiográfico no 6º mês, ao término do tratamento.

Como deve ser o parto?

Trabalhos do passado afirmavam que o parto sofreria modificações nas mulheres tuberculosas (SILVA, 1980).

Atualmente, o parto da mulher com tuberculose curada ou em tratamento deve ser conduzido da mesma forma que com uma paciente comum (LEONTIC, 1977). Não há qualquer justificativa de parto cesário nesses casos (SHAEFER, 1975).

3) Influência da tuberculose no feto:

Os dois principais aspectos a serem discutidos são:

Qual o risco de tuberculose congênita?

A tuberculose congênita é extremamente rara. Os critérios para diagnosticar tuberculose congênita foram definidos por BEITZKI (1935). Para o diagnóstico deve haver: positividade bacteriológica², complexo primário no fígado³, presença da doença dentro dos primeiros dias de vida extra-uterina⁴ e afastamento de infecção extra-uterina. (SNIDER, 1984)

As três vias de contágio de tuberculose congênita são: (1) ingestão de líquido amniótico infectado, (2) aspiração fetal de líquido amniótico e (3) infecção hematogênica através do cordão umbilical.

Os sinais mais comuns no recém-nascido são: febre, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia. O PPD é, habitualmente, não reator e o diagnóstico pode ser obtido por lavado gástrico, biópsia de fígado, aspirado de medula ou punção líquórica (SNIDER, 1984).

Quando o pulmão é acometido, o aspecto é de tuberculose por disseminação hematogênica. Quando essa complicação ocorre, a mãe teve, geralmente, tuberculose por disseminação hematogênica envolvendo o endométrio. Frequentemente esse diagnóstico não foi feito, sendo a mortalidade materna alta¹.

No caso de tuberculose por disseminação hematogênica materna, o acompanhamento do recém-nascido, quanto ao diagnóstico, deve ser cuidadoso e o tratamento do mesmo deve ser instituído, caso esse diagnóstico seja feito. O tratamento precoce leva à cura da tuberculose congênita.

Qual o risco de efeitos teratogênicos e outros efeitos para o feto?

· Relacionado à tuberculose

A tuberculose em si não tem nenhum efeito teratogênico.

· Relacionado ao tratamento

Dos fármacos utilizados, o Etambutol, a Rifampicina, a Pirazinamida e a Isoniazida são seguros. Foi descrito um único caso por Mc MENZ (1976), de uma gestante que estava sendo medicada com Isoniazida ao final da gravidez, e o recém-nascido apresentou quadro convulsivo, somente revertido com uso de Piridoxina. (SNIDER, 1984).

Com o uso da Estreptomicina, foram descritos casos de surdez e anormalidades vestibulares no recém-nascido (SNIDER, 1980).

Com a Etionamida, têm sido descritos efeitos teratogênicos, sendo seu uso contra-indicado na gravidez (SNIDER, 1984).

4) Influência da tuberculose no aleitamento:

As dúvidas mais frequentes são:

Há risco para a mãe que teve ou tem tuberculose em recair ou piorar da doença com o aleitamento?

Ao contrário do que se pensou no passado, o aleitamento não aumenta o risco de recaída ou dificulta a evolução da tuberculose corretamente tratada (SNIDER, 1984). O risco que pode haver no puerpério é devido a mãe se descuidar do tratamento em vista de seus múltiplos afazeres (BETHLEM, 1988).

Há risco para o filho nascido de mãe tuberculosa ser amamentado?

Consideramos aqui algumas possibilidades:

a) Se a mãe já está em tratamento regular há mais de duas semanas, a possibilidade de contágio é remota, e, portanto, o recém-nascido deve ser amamentado normalmente. Deve receber a vacinação BCG após o nascimento. Alguns autores chamavam a atenção para que o fato de que a maior parte dos agentes antituberculosos são encontrados no leite materno e que os recém-natos, ainda com sistemas de desintoxicação pouco desenvolvidas, poderiam sofrer mais efeitos colaterais dos fármacos. Sabe-se hoje em dia que somente uma fração dos tuberculostáticos concentra-se no leite materno. Por esse motivo, a dose ingerida pelo recém-nato no leite materno é de 20% do que ele deveria receber como dose terapêutica caso apresentasse tuberculose.

b) Se a mãe é francamente bacilífera, sendo o diagnóstico feito no momento do parto, o recém-nato deve ser isolado da mãe por aproximadamente 15 dias e ser vacinado com BCG.

c) Se a mãe tem o diagnóstico, no momento do parto, de tuberculose de disseminação hematogênica, o recém-nato deve ser pesquisado cuidadosamente para afastar o risco de tuberculose congênita. Caso não exista tuberculose congênita diagnosticada, o recém-nato deve ser submetido a quimioprofilaxia com Isoniazida e após seu término vacinado com BCG.

5) Tuberculostáticos mais frequentemente usados:

As suspeitas de possíveis complicações e sua confirmação estão descritas no quadro:

Quadro 1. Tuberculose e gravidez. Esquema tuberculostáticos.

Fármaco	Efeito colateral	Confirmação
Isoniazida	Teratogênese?	Não confirmado
Ethambutol	_____	Sem paraefeitos
Rifampicina	Malformação óssea?	Não confirmado
Pirazinamida	_____	Sem paraefeitos
Estreptomicina	Alterações Auditivas e vestibulares no feto	Confirmado
Etionamida	Teratogênese	Confirmada

ANEXO I

Quadro 2– Sexo, idade, dose diária, tempo de uso dos fármacos, tempo de tratamento específico, teratogenicidade mãe/concepto.

Paciente	Sexo	Idade (anos)	Dose diária(mg)	Tempo de uso (meses)	Teratogenicidade mãe/concepto
1	F	16	600mg + 2000mg	6	0
2	F	20	600mg + 2000mg	6	0
3	F	17	300mg + 1500mg	6	0
4	F	22	600mg + 2000mg	6	0
5	F	29	300mg + 1500mg	6	0
6	F	30	600mg + 2000mg	6	0
7	F	32	600mg + 2000mg	6	0
8	F	18	600mg + 2000mg	6	0
9	F	29	600mg + 2000mg	6	0
10	F	31	300mg + 1500mg	6	0

Fonte: Serviço de Tisiologia do Complexo Hospitalar Clementino Fraga da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba (CHCF/SSE-PB) – 2000 a 2009.

CONCLUSÃO

O esquema preconizado para o tratamento da tuberculose mostrou-se seguro e eficaz para terapêutica materna sem produzir efeitos colaterais para a genitora e, da mesma forma, sem produzir teratogenicidade para o concepto.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Professora Janselice Cordeiro Torres pela revisão ortográfica e organização metodológica do trabalho, contribuindo para o aprimoramento do mesmo.

Referências

1. BETHLEM EP, SOUZA GRM, BETHLEM N.: Tuberculose e gravidez. *Arq Bras. Med.* 62 (5): 353-355, 1988.
2. FINN R, St. HILL CA, GOVAN AJ, FALFS IG, GURNEY FJ, DENYE V.: Immunological responses in pregnancy and survival of fetal homograft. *Brit. Med. J.* 3(5819):150-152, 1972.
3. LEONTIC EA.: Respiratory disease in pregnancy (Symposium on pregnancy). *Med. Clin. N. Am.* 61: 111-128, 1977.
4. MARCH PA.: Tuberculosis and pregnancy: five to ten year – review of 215 patients in their fertile age. *Chest.* 68(6):800-804, 1975.
5. MONTGOMERY WP, YOUNG RC Jr, ALLEN MP, HARDEN KA.: The tuberculin test in pregnancy. *Am. J. obstet. Gynecol.* 100: 829-831, 1968.
6. PRESENT PA, COMSTOCK GW.: Tuberculin sensitivity in pregnancy. *Am. Rev. resp. Dis.* 112(3): 413-416, 1975.
7. PRIDIE RB, STRADLING P.: Management of pulmonary tuberculosis during pregnancy. *Brit. Med. J.*, 2(5244): 78-79, 1961.
8. SILVA LCC.: Tuberculose pulmonar e gestação. *AMRIGS.* 24: 39-45, 1980.
9. SCHAEFER G, ZERVOUDAKIS IA, FUCHS FF, DAVID S.: Pregnancy and pulmonary tuberculosis. *Obstet. Gynecol.* 46(6):706-715, 1975.
10. SKOLINCK JL, STOLER BS, KATZ DB, ANDERSON WH.: Rifampicin, oral contraceptives and pregnancy. *Jama.* 236(12):1382-82, 1976.
11. SNIDER D.: Pregnancy and tuberculosis. *Chest*, 86(3): 105-135, 1984.
12. SNIDER DE, LAYDE RM, JOHNSON MW.: Treatment of tuberculosis during pregnancy. *Am. Rev. Resp. Dis.*, 122(1): 65-79, 1980.
13. TAYLOR ES.: *Obstetricia de Beck*, Ed. Interamericana, Rio de Janeiro, 1969. pag. 338.
14. WILLIAMS JW.: *Obstetrics*. N. Y, D. Appleton and Co, 1917, pag. 401.
15. WILLIAMS JW.: *Obstetrics*. N. Y, D. Appleton and Co, 1930, pag. 500.
16. YOUNG J.: Pulmonary tuberculosis and pregnancy. *Brit. Med. J.*, 2(3954): 749-753, 1936.

CORRESPONDÊNCIA

BELTRÃO PAIVA CASTELLO BRANCO
Av. Maranhão, no 200/APTO 103, Ed. Dos Estados
Bairro dos Estados
58030-000 João Pessoa – Paraíba – Brasil

E-mail

tomascatao@hotmail.com