

**DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA TUBERCULOSE
PULMONAR INICIALMENTE CONDUZIDA COMO BRONCOPNEUMONIA:
RELATO DE CASO**

**CHALLENGES IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PULMONARY
TUBERCULOSIS INITIALLY MANAGED AS BRONCHOPNEUMONIA: A CASE
REPORT**

Guilherme Serpa Andrade¹, Thayná Eduarda Marcelino², Vanessa Gomes Matos dos Santos³

1. Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade Afya Porto Nacional, Porto Nacional, Tocantins, Brasil.

2. Acadêmica do curso de Enfermagem, Bacharelado, da Faculdade Afya Porto Nacional, Porto Nacional, Tocantins, Brasil.

3. Professora do curso de Enfermagem da Faculdade Afya Porto Nacional, Porto Nacional, Tocantins, Brasil. E-mail do autor correspondente: vanessagomesmatos@hotmail.com

Eixo Temático: 01

RESUMO

Introdução: A tuberculose pulmonar permanece como importante problema de saúde pública e pode apresentar manifestações clínicas semelhantes às de outras infecções respiratórias, dificultando o diagnóstico oportuno. **Objetivo:** Descrever a evolução clínica de um paciente com tuberculose pulmonar inicialmente conduzida como broncopneumonia, destacando os desafios diagnósticos, a abordagem terapêutica e o acompanhamento na Atenção Primária à Saúde. **Descrição do Caso:** Paciente masculino, 52 anos, com antecedentes de asma e epilepsia, apresentou tosse produtiva, febre, dor torácica e dispneia, sendo inicialmente diagnosticado com pneumonia e posteriormente internado devido à persistência do quadro respiratório. A investigação complementar evidenciou, à tomografia computadorizada de tórax, extensas consolidações pulmonares, padrão de árvore em brotamento e cavitação. O diagnóstico de tuberculose pulmonar foi confirmado por teste molecular em escarro, com sensibilidade à rifampicina. Foi iniciado tratamento específico com esquema combinado na fase intensiva, seguido de fase de manutenção. **Discussão:** A evolução clínica e radiológica demonstrou a importância da reavaliação diagnóstica diante de quadros respiratórios persistentes ou de resposta terapêutica inadequada. O acompanhamento na Atenção Primária à Saúde contribuiu para a continuidade do tratamento e monitoramento da evolução clínica. **Conclusão:** O caso evidencia a importância do diagnóstico oportuno, da integração entre avaliação clínica e exames complementares e do acompanhamento longitudinal para favorecer a efetividade do tratamento da tuberculose pulmonar.

Palavras-chave: Tuberculose Pulmonar. Diagnóstico Diferencial. Doenças Respiratórias. Atenção Primária à Saúde. Relato de Caso.

ABSTRACT

ABSTRACT

Introduction: Pulmonary tuberculosis remains an important public health problem and may present clinical manifestations similar to those of other respiratory infections, making timely diagnosis difficult. **Objective:** To describe the clinical course of a patient with pulmonary tuberculosis initially managed as bronchopneumonia, highlighting diagnostic challenges, therapeutic management, and follow-up in Primary Health Care. **Case Description:** A 52-year-old male patient with a history of asthma and epilepsy presented with productive cough, fever, chest pain, and dyspnea. He was initially diagnosed with pneumonia and subsequently hospitalized due to the persistence of respiratory symptoms. Further investigation revealed extensive pulmonary consolidations, a tree-in-bud pattern, and cavitation on chest computed tomography. The diagnosis of pulmonary tuberculosis was confirmed by a molecular test performed on sputum, with rifampicin susceptibility. Specific treatment was initiated with a combined regimen during the intensive phase, followed by a maintenance phase. **Discussion:** The clinical and radiological course demonstrated the importance of diagnostic reassessment in cases of persistent respiratory symptoms or inadequate therapeutic response. Follow-up in Primary Health Care contributed to treatment continuity and monitoring of clinical progression. **Conclusion:** This case highlights the importance of timely diagnosis, integration of clinical assessment with complementary tests, and longitudinal follow-up to promote the effectiveness of pulmonary tuberculosis treatment.

Keywords: Pulmonary Tuberculosis. Differential Diagnosis. Respiratory Diseases. Primary Health Care. Case Report.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada principalmente pelo *Mycobacterium tuberculosis*, com predomínio do acometimento pulmonar e transmissão por via aérea. Apesar de ser uma doença prevenível e curável, permanece como importante problema de saúde pública, especialmente pela possibilidade de diagnóstico tardio, transmissão comunitária e desenvolvimento de resistência aos medicamentos. Em 2024, estimou-se que 10,7 milhões de pessoas adoeceram por tuberculose no mundo e que 1,23 milhão morreram em decorrência da doença, mantendo-a como a principal causa de morte por um único agente infeccioso.¹

No Brasil, a tuberculose permanece relevante no cenário epidemiológico e requer ações articuladas de diagnóstico, tratamento e acompanhamento longitudinal. A apresentação pulmonar pode manifestar-se por tosse, febre, sudorese noturna e perda de peso, porém manifestações inespecíficas podem dificultar a diferenciação inicial de outras doenças respiratórias.² O diagnóstico deve integrar avaliação clínica, exames de imagem e métodos bacteriológicos ou moleculares, destacando-se o Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB), que possibilita a detecção do material genético do bacilo e a identificação de resistência à rifampicina em curto período.³

A relevância científica e educacional deste caso está relacionada à evolução de um quadro inicialmente conduzido como pneumonia, que posteriormente apresentou persistência dos sintomas e alterações radiológicas sugestivas de tuberculose pulmonar, incluindo consolidações extensas, padrão de “árvore em brotamento” e cavitação. A confirmação por TRM-TB permitiu estabelecer o diagnóstico e direcionar o tratamento específico. O relato justifica-se, portanto,

pela necessidade de reforçar a importância do diagnóstico diferencial em pacientes com quadros respiratórios prolongados ou de evolução atípica, bem como da reavaliação clínica diante de resposta terapêutica insatisfatória.

Diante disso, o objetivo deste relato é descrever e analisar criticamente a evolução clínica de um paciente com tuberculose pulmonar inicialmente suspeita de broncopneumonia, enfatizando os desafios do diagnóstico diferencial, os achados clínicos e radiológicos, a confirmação por método molecular, a abordagem terapêutica e o acompanhamento na Atenção Primária à Saúde.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente identificado pelas iniciais J.J.S., sexo masculino, 52 anos, com ensino fundamental completo/incompleto conforme registro, em união estável e profissionalmente atuante como barbeiro. Para preservação da identidade e confidencialidade, foram omitidas informações que possam possibilitar sua identificação. Apresentava como antecedentes pessoais relevantes asma e epilepsia.

História clínica e apresentação cronológica

Em 22 de fevereiro de 2026, o paciente procurou atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), apresentando quadro de tosse produtiva, dor torácica, mialgia, cefaleia e história de febre, com início dos sintomas havia aproximadamente 10 dias. Evoluiu, havia um dia, com odinofagia. Negava coriza e dispneia. Ao exame físico, apresentava murmúrio vesicular preservado, sem sibilos, porém com presença de crepitações em bases pulmonares. A radiografia de tórax evidenciou infiltrado em bases pulmonares bilateralmente.

Em 04 de março de 2026, retornou ao serviço de saúde apresentando febre, tosse produtiva, sensação de peso no peito, dispneia, cefaleia, elevação dos níveis pressóricos, aumento da frequência cardíaca e artralgia. Negava dor retro-orbitária, dor abdominal, hemoptise e perda ponderal. Relatou um episódio de diarreia aquosa, sem sangue ou muco. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, lúcido e orientado, corado, hidratado e febril. Na avaliação cardiovascular, apresentava bulhas normofonéticas, em dois tempos, rítmicas, sem sopros. Na avaliação respiratória, apresentava murmúrio vesicular preservado, com crepitações difusas, predominantes em base pulmonar direita, embora estivesse eupneico e sem sinais de desconforto respiratório. A radiografia de tórax, realizada na mesma data, demonstrou infiltrado miliar bilateral e consolidação no terço médio e na base direita. O teste rápido para detecção de SARS-CoV-2 apresentou resultado negativo. Diante da persistência e progressão do quadro respiratório, o paciente foi encaminhado ao Hospital Regional de Porto Nacional (HRPN), com hipótese inicial de broncopneumonia.

Em 23 de março de 2026, após período de internação no HRPN por pneumonia adquirida na comunidade (PAC), com episódios de dessaturação durante aproximadamente uma semana, o paciente compareceu à unidade de saúde referindo fraqueza havia cerca de dois dias. Informou ter recebido alta hospitalar no sábado anterior. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, lúcido e orientado, hipocorado e hidratado, sem outras queixas relatadas.

Em 08 de abril de 2026, foi realizado Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB) em escarro, com resultado detectável para *Mycobacterium tuberculosis* e sensibilidade à rifampicina. Em 10 de abril de 2026, o teste rápido para detecção de tuberculose também apresentou resultado detectável.

A tomografia computadorizada de tórax realizada em 17 de abril de 2026 evidenciou extensas áreas de consolidação pulmonar com broncograma aéreo, envolvendo os segmentos posteriores do lobo superior direito, lobo inferior direito e lobo médio, associadas a múltiplos micronódulos centrolobulares bilaterais com aspecto de “árvore em brotamento”. Também foi identificada

cavitação/escavação no lobo inferior direito, achado sugestivo de possível complicação, incluindo pneumonia necrotizante.

Em 22 de abril de 2026, o paciente compareceu à unidade para acompanhamento do tratamento da tuberculose, encontrando-se em uso do esquema RHZE havia oito dias. Referia persistência de febre vespertina, porém com discreta redução da temperatura. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, lúcido e orientado, corado, hidratado e consciente, apresentando respiração ofegante. À ausculta pulmonar, apresentava murmúrio vesicular preservado, com crepitações difusas no pulmão esquerdo e na base pulmonar direita. O peso registrado foi de 45,3 kg.

Exames complementares

Durante a investigação diagnóstica, foram realizados exames laboratoriais e de imagem que contribuíram para a definição do diagnóstico. A radiografia de tórax de 04/03/2026 demonstrou infiltrado miliar bilateral, associado à consolidação no terço médio e na base direita. O teste rápido para SARS-CoV-2 realizado na mesma data foi negativo.

O TRM-TB em escarro, realizado em 08/04/2026, apresentou resultado detectável para tuberculose, com sensibilidade à rifampicina, sendo posteriormente confirmado por teste realizado em 10/04/2026. A tomografia computadorizada de tórax de 17/04/2026 demonstrou extensas consolidações pulmonares, micronódulos centrolobulares com padrão de árvore em brotamento e cavitação no lobo inferior direito, achados compatíveis com processo infeccioso pulmonar e sugestivos de tuberculose pulmonar ativa.

Hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo

Inicialmente, diante do quadro clínico, dos achados radiológicos e da evolução dos sintomas, foram consideradas as hipóteses de broncopneumonia e pneumonia refratária, considerando-se posteriormente a possibilidade de tuberculose pulmonar diante da persistência do quadro respiratório, da ausência de resposta clínica satisfatória e da evolução radiológica.

O diagnóstico definitivo foi de tuberculose pulmonar, estabelecido a partir da detecção de *Mycobacterium tuberculosis* no escarro pelo TRM-TB, com sensibilidade à rifampicina, associado aos achados clínicos e radiológicos compatíveis.

Conduta terapêutica

Após a confirmação diagnóstica, foi instituído tratamento para tuberculose pulmonar com o esquema RHZE, composto por rifampicina (R), isoniazida (H), pirazinamida (Z) e etambutol (E), correspondente à fase intensiva do tratamento.

De acordo com o peso registrado, o paciente realizou a fase intensiva durante dois meses, utilizando três comprimidos ao dia do esquema RHZE, conforme prescrição e acompanhamento da equipe de saúde.

Posteriormente, iniciou a fase de manutenção, com duração prevista de quatro meses, utilizando o esquema RH (rifampicina e isoniazida), conforme a dose indicada para seu peso e prescrição assistencial.

Evolução clínica e acompanhamento

Em 29 de abril de 2026, o paciente compareceu à Unidade Básica de Saúde (UBS) para retirada da medicação para tratamento da tuberculose. Foram dispensados 36 comprimidos de RHZE, com orientação para utilização de três comprimidos ao dia, conforme peso corporal. Na ocasião, apresentava peso de 48,3 kg, evidenciando aumento em relação ao peso de 45,3 kg registrado em 22 de abril.

Em 07 de maio de 2026, retornou à UBS para continuidade da dispensação do tratamento. Foram entregues 60 comprimidos de RHZE, mantendo-se a posologia de três comprimidos ao dia, conforme peso corporal, registrado em 48,3 kg.

No dia 26 de maio de 2026, o paciente procurou a unidade para obter orientações relacionadas ao uso de dapagliflozina e ao controle da pressão arterial. Na ocasião, solicitou avaliação da

função pulmonar. Encontrava-se em tratamento para tuberculose, sem febre e sem dispneia, relatando aumento do peso corporal. Negava alergias e outras queixas.

Em 29 de maio de 2026, compareceu novamente à UBS para retirada da medicação para tuberculose. Foram dispensados 30 comprimidos de RHZE, mantendo-se o uso de três comprimidos ao dia conforme o peso. O peso registrado foi de 47,2 kg.

Em 10 de junho de 2026, realizou nova retirada da medicação. Foram dispensados 60 comprimidos de RHZE, mantendo-se três comprimidos ao dia, quantidade correspondente a 20 dias de tratamento. Conforme registro assistencial, essa dispensação correspondeu ao período final da fase intensiva do tratamento. O paciente apresentava peso de 48,2 kg.

Em 29 de junho de 2026, iniciou a segunda fase do tratamento, com previsão de duração de quatro meses, passando ao esquema composto por rifampicina e isoniazida (RH). Foram dispensados 30 comprimidos de RH 300/150 mg e 28 comprimidos de RH 150/75 mg, com orientação de utilização conforme prescrição e peso corporal. O paciente apresentava peso de 47,4 kg.

Ao longo do acompanhamento, observou-se melhora progressiva dos sintomas respiratórios, com ausência de febre e dispneia no acompanhamento de 26 de maio, além de recuperação ponderal em relação ao período inicial do quadro. O peso passou de 45,3 kg em 22/04/2026 para 47,4 kg em 29/06/2026, indicando evolução nutricional favorável durante o tratamento.

Desfecho

Até o último acompanhamento registrado, em 29 de junho de 2026, o paciente encontrava-se em tratamento para tuberculose pulmonar, na segunda fase terapêutica, apresentando evolução clínica favorável, com melhora dos sintomas respiratórios e ganho de peso em relação ao início do tratamento. Permanecia em acompanhamento pela Unidade Básica de Saúde para continuidade do esquema terapêutico, monitoramento clínico e controle da evolução da doença. Aspectos éticos e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Para elaboração e apresentação deste relato, foram preservados integralmente os princípios de confidencialidade, privacidade e anonimato do paciente. O indivíduo foi identificado exclusivamente pelas iniciais “J.J.S.”, não sendo apresentados nome completo, endereço, número de prontuário ou quaisquer outras informações que possibilitem sua identificação.

A utilização das informações clínicas deve estar condicionada à autorização do paciente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), quando exigida pelo protocolo institucional e pelas normas éticas aplicáveis. As informações foram organizadas exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, de forma a não permitir a identificação do indivíduo, preservando sua dignidade, privacidade e autonomia.

DISCUSSÃO

Este relato expõe a complexidade diagnóstica da tuberculose pulmonar quando camuflada por pneumonia adquirida na comunidade, reforçando a necessidade de reavaliação clínica perante quadros arrastados ou refratários ao tratamento inicial. A apresentação inicial, caracterizada por tosse produtiva, febre, dor torácica, mialgia e alterações radiológicas compatíveis com processo infeccioso pulmonar, justificava inicialmente a hipótese de broncopneumonia. Contudo, a insistência dos sintomas respiratórios, a internação hospitalar seguinte e o achado tomográfico de padrão granulomatoso impuseram a ampliação da propedêutica etiológica.

Esse entrave reflete um dos maiores desafios da tuberculose pulmonar: a generalidade de suas manifestações, que frequentemente se sobrepõem a outros agravos respiratórios. Como febre, tosse e alterações radiográficas são comuns a quadros bacterianos, o diagnóstico diferencial torna-se essencial diante de evolução prolongada, erro terapêutica ou achados atípicos. Nesse sentido, a não resolução dos sintomas pós-alta hospitalar funcionou como marco vigia para o direcionamento de exames direcionados.

O perfil imagiológico foi decisivo para a revisão da suspeita inicial. Enquanto a radiografia inicialmente demonstrava infiltrados e consolidações pulmonares, a tomografia computadorizada revelou micronódulos centrolobulares com padrão de “árvore em brotamento” e cavitação pulmonar, alterações classicamente associadas à disseminação endobrônquica da tuberculose. Essa associação, a cavitação e o padrão de árvore em brotamento, apontou para doença ativa e afastou o diagnóstico de infecção bacteriana simples, além de indicar possíveis complicações que justificaram a pesquisa microbiológica imediata. Também foi relevante a realização do Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB), que apresentou resultado detectável para *Mycobacterium tuberculosis*, com sensibilidade à rifampicina. A abordagem molecular é fundamental para o diagnóstico precoce, sobretudo quando mantém suspeitas clínico-tomográficas após uma hipótese inicial divergente. No caso em tela, a identificação do patógeno solucionou o dilema diagnóstico e facilitou o início imediato do esquema terapêutico correto.

O curso clínico traz outros elementos pertinentes. Inicialmente, houve perda ponderal significativa, atingindo 45,3 kg em 22 de abril, concomitantemente à persistência de febre vespertina e alterações à ausculta pulmonar. Posteriormente, durante o tratamento específico, observou-se recuperação progressiva do peso, chegando a 48,3 kg em maio e permanecendo próximo a esse valor nos acompanhamentos subsequentes. O ganho ponderal, associado à redução dos sintomas respiratórios e à ausência de febre e dispneia no acompanhamento de 26 de maio, sinaliza boa resposta terapêutica, embora o desfecho dependa da monitorização clínica e bacteriológica contínua.

A escolha do esquema terapêutico RHZE na fase intensiva, seguido de rifampicina e isoniazida na fase de manutenção, está alinhada ao tratamento padronizado da tuberculose pulmonar sensível à rifampicina. Essa associação medicamentosa combate diferentes nichos bacilares e mitiga o risco de resistência adquirida. No caso, a sensibilidade à rifampicina no TRM-TB favoreceu a utilização do protocolo de primeira linha. Simultaneamente, a atuação da Atenção Primária foi vital para viabilizar o acesso contínuo aos fármacos, fiscalizar a adesão e manejar precocemente possíveis reações adversas ao longo do seguimento ambulatorial.

Um ponto central é a transição entre o cuidado hospitalar e o seguimento na Atenção Primária. O paciente inicialmente necessitou de atendimento de urgência e hospitalização devido à gravidade do quadro respiratório, mas posteriormente passou a ser acompanhado pela UBS durante o tratamento da tuberculose. Esse percurso mostra que o controle da enfermidade transcende o ato prescritivo, exigindo articulação em rede para garantir a perpetuidade do tratamento, a busca ativa e vigilância de comunicantes, bem como a quebra da cadeia de transmissão.

Embora essa semelhança clínica seja relativamente frequente, a relevância do relato decorre da magnitude do comprometimento pulmonar, presença de cavitação e padrão tomográfico de árvore em brotamento, além da necessidade de internação por dessaturação antes da definição etiológica. A coexistência de manifestações compatíveis com pneumonia e tuberculose pode dificultar a interpretação inicial do quadro, sobretudo diante de consolidações extensas. Assim, reitera-se a necessidade de manter a dúvida diagnóstica para tuberculose frente a infecções respiratórias de curso atípico ou refratárias à antibioticoterapia empírica.

Clinicamente, o caso destaca a premissa de revisar hipóteses diagnósticas perante a falha de resposta clínica. A manutenção da febre, a persistência dos achados respiratórios, a evolução radiológica e o comprometimento sistêmico constituíram sinais que justificaram a ampliação da investigação. Nesse contexto, a testagem microbiológica direcionada, notadamente via TRM-TB, foi conclusivo para firmar o diagnóstico de certeza e viabilizar a terapêutica assertiva.

Outro ensinamento relevante diz respeito à interdependência entre achados clínicos, propedêutica armada e comprovação bacteriológica, visto que nenhum dado isolado é soberano.

No caso apresentado, a evolução clínica levantou a necessidade de investigação adicional, a tomografia forneceu elementos sugestivos de tuberculose e o exame molecular possibilitou a confirmação etiológica. Essa articulação prova a relevância do raciocínio semiológico abrangente diante de afecções pulmonares com apresentações sobrepostas.

Além disso, o acompanhamento do peso e dos sintomas ao longo do tratamento mostrou-se clinicamente relevante. A recuperação ponderal e a melhora dos sintomas respiratórios indicaram evolução favorável, mas ressaltam também a necessidade de acompanhamento contínuo, uma vez que a melhora clínica não deve ser utilizada isoladamente para determinar cura. [A continuidade do tratamento até sua conclusão permanece essencial para reduzir o risco de recaída, falha terapêutica e desenvolvimento de resistência medicamentosa.]

Ademais, o acompanhamento do peso e dos sintomas durante o seguimento mostrou-se clinicamente valioso. O restabelecimento nutricional e o alívio respiratório refletiram evolução positiva, contudo não devem ser adotados como parâmetros isolados para inferir desfecho de cura. A continuidade do tratamento até sua conclusão permanece essencial para reduzir o risco de recaída, falha terapêutica e desenvolvimento de resistência medicamentosa.

CONCLUSÃO

O presente relato teve como principal contribuição evidenciar a importância da **reavaliação clínica e da investigação diagnóstica ampliada diante de quadros respiratórios persistentes ou de evolução atípica**, especialmente quando inicialmente interpretados como pneumonia. A associação entre evolução clínica desfavorável, alterações tomográficas sugestivas e confirmação pelo TRM-TB possibilitou o diagnóstico de tuberculose pulmonar e o início do tratamento específico. Como principal lição, destaca-se que a tuberculose deve permanecer como diagnóstico diferencial em pacientes com pneumonia de evolução prolongada, ausência de resposta esperada ou presença de achados radiológicos sugestivos, como cavitação e padrão de “árvore em brotamento”.

Na prática clínica, o caso reforça a necessidade de **raciocínio clínico sistematizado, utilização adequada de exames complementares e integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde**. A evolução favorável observada durante o tratamento, acompanhada pela melhora dos sintomas e recuperação ponderal, evidencia ainda a relevância do acompanhamento longitudinal pela Atenção Primária à Saúde para favorecer adesão, monitorar a resposta terapêutica e garantir a continuidade do cuidado. Dessa forma, o caso contribui tanto para a formação profissional quanto para o aprimoramento da assistência a pessoas com tuberculose pulmonar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2025. Geneva: World Health Organization; 2025. ISBN 978-92-4-011692-4.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Tuberculose: diagnóstico [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 [citado 2026 jul 29]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose>