



Luiza Costa da Silva

TRABALHO FINAL DA GRADUAÇÃO
TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA: UM RELATO DE CASO

Santa Maria, RS

2019

Luiza Costa da Silva

TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA: UM RELATO DE CASO

Trabalho final da graduação (TFG),
apresentado ao curso de Medicina, Área de
Ciências da Saúde, da Universidade
Franciscana – UFN, como requisito parcial na
aprovação da disciplina TFG.

Orientador: Júlio Cesar Sarturi

Santa Maria, RS

2019

RESUMO

É apresentado um caso de Tuberculose Endobrônquica de uma paciente feminina de 77 anos, não tabagista com tosse crônica há 14 anos e agravamento do sintoma há 8 meses. Dada a apresentação inespecífica do quadro clínico da paciente, o objetivo desse relato é discutir os diagnósticos diferenciais de tosse crônica, com ênfase na Tuberculose Endobrônquica. Justifica-se a importância deste trabalho pela necessidade de reconhecimento das características semiológicas de um sintoma muito prevalente como a tosse, indicando diagnósticos diferenciais de patologias respiratórias. Sendo esse um sintoma extremamente frequente na apresentação da Tuberculose Pulmonar e, pelo fato de a apresentação endobrônquica ser rara, fundamenta-se a discussão na dificuldade diagnóstica, seu atraso e risco de complicações.

Palavras-chave: Tuberculose-endobrônquica. Diagnósticos diferenciais de tosse crônica.

ABSTRACT

It is reported a case of Endobronchial Tuberculosis in a 77 years old patient, non-smoker with chronic cough for 14 years and complaint of worsening of the symptom for 8 months. Given the inespecific presentation of the clinical features, the objectives of this study is to discuss the differential diagnoses of chronic cough, emphasizing Endobronchial Tuberculosis. The importance of this study is justified by the need of recognition of the semiological features of a very prevalent symptom as cough, indicating differential diagnoses of respiratory diseases. As the cough is a symptom that is extremely frequente on Pulmonary Tuberculosis, and, because the Endobronchial presentation is rare, this discussion is based on the difficulty of diagnosing, its delay and its risks of complications.

Key words: Endobronchial tuberculosis. dDifferential diagnosis of chronic cough.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 RELATO DO CASO	5
3 DISCUSSÃO	7
4 CONCLUSÃO	12
REFERÊNCIAS	13
ANEXO A – FOTOS DAS FIBROBRONCOSCOPIAS REALIZADAS PELA PACIENTE	15

1 INTRODUÇÃO

Segundo o WHO's Global Tuberculosis Report, a tuberculose é a nona causa de morte no mundo. Dos casos de Tuberculose, a apresentação Endobrônquica, forma rara, muitas vezes tem seu diagnóstico atrasado devido a lesão não ser evidente a radiografia de tórax (CHUNG; LEE, 2000). O diagnóstico requer a combinação de alta suspeição clínica, achados clínicos e exames complementares de escarro e imagem (SIOW; LEE, 2017). O tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico impacta significativamente tanto na incidência da tuberculose como em suas complicações (SHAHZAD; IRFAN, 2016).

Sendo a tosse um sintoma extremamente frequente na apresentação da Tuberculose Pulmonar e pelo fato de a apresentação endobrônquica ser rara, fundamenta-se a discussão na dificuldade diagnóstica, seu atraso e risco de complicações.

Dentro desse cenário, o trabalho tem como objetivo principal relatar o caso clínico de uma paciente de 77 anos, não tabagista, com tosse crônica há 14 anos e agravamento nos últimos 8 meses. Serão discutidos os diagnósticos diferenciais de tosse crônica, com ênfase na Tuberculose Endobrônquica, patologia diagnosticada como causa da piora da tosse desta paciente.

2 RELATO DO CASO

Paciente feminina, branca, 77 anos, não tabagista, dona de casa, natural e procedente de Rosário do Sul, queixando-se de tosse produtiva crônica há 8 meses. Conta que nos últimos 14 anos notou crises de tosse produtiva com pequeno volume de escarro mucoide, pigarro com irritação na garganta, associada com quadro de obstrução nasal e coriza também mucoide. Tais crises eram desencadeadas por fatores como alterações climáticas e contato com poeira doméstica.

Há 8 meses relata que a tosse se intensificou, tornando-se diária. Nega associação com dispnéia, dor torácica, emagrecimento ou febre. Nesta ocasião consultou em sua cidade sendo tratada para “tosse alérgica” com anti-histamínicos, sem melhora.

Há 4 meses, com a persistência dos sintomas, foi submetida a uma Radiografia de tórax que não revelou alterações, segundo informa. Foi submetida então a uma Tomografia Computadorizada de tórax que revelou lesão expansiva hilar direita com comprometimento do brônquio para lobo médio direito de aproximadamente 2,6 cm no maior diâmetro.

Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, eupneica, corada, hidratada, sobrepeso. Orofaringe sem lesões visíveis. Ausculta Cardíaca com ritmo regular, dois tempos, bulhas normofonéticas, sopro sistólico de foco mitral 1+/4+, frequência cardíaca de 82 bpm, frequência respiratória de 18 rpm, pressão arterial de 140/85 mmHg. Tórax discretamente cifótico. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular regularmente distribuído sem ruídos adventícios. Saturação pelo oxímetro de pulso em ar ambiente e ao repouso de 96%.

Os exames complementares revelavam: Hemograma: Hb: 10,9 g/dl, Hct: 32%, Leucocitos 6.900, Bast 3%, Seg 85%, Eosinófilos 1%, Linfócitos 10% , Monócitos 1%, Plaquetas 414 mil, Proteína C Reativa 5 uI/ml, VHS 21 mm, Creatinina: 1,1 mg/dl, Ureia 43 mg/dl. Imunoglobulina E 99 UI/ml.

Espirometria dentro dos limites da normalidade.

Tomografia Computadorizada de tórax: “...mediastino centrado com linfonodos de dimensões nos limites superiores da normalidade. Presença de hérnia gástrica hiatal... aparente nodulação em hilo pulmonar direito medindo 3,3 cm no maior eixo, com algumas calcificações de permeio. Esta alteração determina obstrução parcial do brônquio para o lobo médio direito com atelectasia do mesmo...”

Pesquisa de BAAR (bacilos álcool-ácido resistentes) no escarro: Não realizado em sua cidade.

Fibrobroncoscopia: “Lesão vegetante em brônquio para Lobo Médio Direito obstruindo subtotalmente sua luz...”

Biopsia: “... processo inflamatório crônico granulomatoso com necrose associada...”. Pesquisa de BAAR (Ziehl-Nilssen) positivo. Pesquisa de fungos (prata metenamina) negativo.

Pesquisa de Mycobacterium no Lavado Broncoalveolar por PCR (reação em cadeia da polimerase) positivo para micobactérias do Complexo *M. tuberculosis*.

Cultura de 4 semanas em meio Lowenstein Jensen: presença de *Mycobacterium tuberculosis*.

Tratamento: A paciente recebeu tratamento padrão de 6 meses de Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol, associado a prednisolona 40 mg por 60 dias com redução progressiva da dose.

3 DISCUSSÃO

A tosse é um importante mecanismo de proteção das vias aéreas, sendo também um dos sintomas mais comuns pelos quais os pacientes procuram atendimento médico (SONG et al., 2016). A semiologia da tosse com uma história bem detalhada sobre tempo de evolução, frequência, intensidade, se produtiva ou não, características da expectoração e outros fatores associados como tabagismo e exposição profissional, são de grande importância para elucidação diagnóstica (IRWIN et al., 2018; SONG et al., 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2006). No entanto, a principal característica da tosse a ser determinada para adquirir acurácia diagnóstica é o seu tempo de duração (IRWIN, 2018).

A classificação quanto ao tempo se dá através de 3 categorias. Aguda, ocorrendo em até 3 semanas, subaguda, aquela que ocorre entre 3 a 8 semanas e a chamada crônica, evoluindo com um tempo superior a 8 semanas. (IRWIN et al., 2018; SONG et al., 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2006).

No caso relatado, a existência do sintoma por 14 anos e a piora há 8 meses permite, sem dúvidas, classificá-la como crônica. A mudança no padrão do sintoma indica uma necessidade de investigação ampla com realização de exames complementares, incluindo espirometria e tomografia computadorizada-num primeiro momento. Uma broncoscopia poderá confirmar ou não a existência de lesão, possibilitando a realização de biópsia, quando necessário e/ou possível.

Especificamente sobre a tosse crônica, suas principais causas são as doenças de via aérea superior (Rinossinusites e Rinite Alérgica), Asma, Doença do Refluxo Gastroesofágico, Bronquite Eosinofílica não Asmática e a combinação entre essas 4 condições (IRWIN et al., 2018).

No caso em questão, a paciente possui duas das causas mais frequentes de tosse crônica, a rinite alérgica e a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Ambas doenças de base e associadas ao fato de o radiograma de tórax realizado não apresentar alterações, contribuíram para o atraso diagnóstico.

A história de tosse há 14 anos caracterizada como de pequeno volume de escarro mucoide associada a pigarro com irritação na garganta e com quadro de obstrução nasal e coriza também mucoide, desencadeadas por fatores como alterações climáticas e contato com poeira doméstica permite o diagnóstico clínico de rinite alérgica. Essa patologia tem como principais sintomas congestão nasal, rinorreia anterior ou posterior, espirros e prurido. Seu diagnóstico é estabelecido principalmente pela história clínica, exame físico e testes cutâneos quando

necessários (HEAD AND NECK SURGERY 2015, Vol. 152(1S) S1 S43). A rinorreia posterior, é causa de gotejamento pós-nasal. Em doenças de via aérea superior o mecanismo de tosse não está bem explicado. No entanto, especula-se que o gotejamento pós nasal possa causar tosse pela irritação química ou mecânica de receptores localizados na faringe e/ou laringe (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2006).

Além da rinite alérgica como causa de suas crises de tosse há 14 anos, a DRGE também pode estar associada como responsável por esse quadro clínico de longa data devido a presença de hérnia hiatal confirmada pela tomografia computadorizada. Aproximadamente todos os pacientes com refluxo intenso e boa parte daqueles com refluxo leve apresentam hérnia de hiato, embora sua existência não indique, necessariamente o desenvolvimento da doença. (MARTINS et al, 2016). As manifestações clínicas são divididas em típicas e atípicas. As típicas são pirose e regurgitação. Dentro das atípicas está a tosse crônica (MARTINS et al, 2016). A tosse decorrente do refluxo predomina no período diurno e não está associada a manifestações típicas do RGE em até 75% das vezes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2006).

O resultado da espirometria dentro da normalidade permitiu excluir doenças como a Doença Pulmonar Obstrutiva Brônquica (DPOC). No DPOC, a limitação de fluxo aéreo é fixa. Acrescido a isso a suspeição clínica se dá mediante simultaneidade de sintomas respiratórios e história de exposição ambiental (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2006; GOLD, 2018). O diagnóstico de Asma é clínico e tem sua probabilidade diagnóstica diminuída quando a tosse é um sintoma isolado (GINA, 2018). Além disso, pode ser caracterizada na espirometria como uma limitação de fluxo aéreo variável. (GINA, 2018).

A tomografia computadorizada ao confirmar lesões obstrutivas nos brônquios e atelectasia, acrescenta a lista de diagnóstico diferencial os Tumores Traqueobrônquicos. Esses podem ser malignos ou benignos. Os primeiros fortemente associados ao tabagismo (STEVIC, 2016).

A realização da broncoscopia é importante para exclusão de diagnósticos diferenciais ou concomitantes como malignidade (SHAHZAD; IRFAN, 2016). O exame foi essencial no caso para identificação de alteração anatômica e determinar as características histopatológicas da nodulação além de fechar o diagnóstico de Tuberculose Endobrônquica (TE). A broncoscopia é mandatória para estabelecer o diagnóstico precoce e avaliação do prognóstico da TE (SUCENA; AMORIM; MACHADO, 2004). Procedimentos da broncoscopia como biópsia, aspiração com agulha, lavado broncoalveolar e ultrassonografia endobrônquica podem ser utilizadas (OSKAYA 2012; JUNG et al., 2015; SHAHZAD; IRFAN, 2016).

A TE é definida como uma inflamação específica da árvore traqueobrônquica com evidências microbiológicas e histopatológicas (CHUNG; LEE, 2000; SHAHZAD; IRFAN, 2016; SLOW; LEE, 2017). A fisiopatologia da TE ainda não é bem estabelecida. No entanto, 5 mecanismos são sugeridos, sendo eles: por extensão direta de um foco adjacente parenquimatoso, migração de bacilos pelo escarro infectado, disseminação hematogênica, propagação secundária à erosão de um linfonodo bronquial acometido e infecção por disseminação linfática (CHUNG; LEE, 2000; XUE et al., 2011). O caso da paciente parece estar relacionado a propagação secundária à erosão de um linfonodo bronquial acometido, já que há linfonodos mediastinais nos limites superiores da normalidade e não há evidências de foco adjacente parenquimatoso no exame de imagem.

A incidência exata da TE não é conhecida, pois a broncoscopia não é rotineiramente realizada em todos os casos de TB pulmonar. Desde a disponibilidade da terapia antituberculosa, a incidência reportada de TE varia de 6% a 54% em muitos estudos (SHAHZAD; IRFAN, 2016). Foi observado que a TE é mais comum em mulheres (CHUNG; LEE, 2000; JUNG et al., 2015; LEE et al., 1992). As possíveis causas incluem uma exposição maior ao bacilo tuberculoso porque mulheres expectoram menos sua secreção devido a questões estéticas e socioculturais. Além disso, uma diferença estrutural também pode tornar as mulheres mais suscetíveis à TE, já que os brônquios femininos são mais estreitos que os masculinos (JUNG et al., 2015; RIKIMARU et al., 1998).

Assim como no caso relatado, pacientes acometidos por essa patologia, frequentemente enfrentam atraso diagnóstico (CHUNG; LEE, 2000). Além da baixa incidência dessa forma de TB acarretar uma baixa suspeição diagnóstica, a ausência de lesão no radiograma de tórax é também um contribuinte para esta baixa suspeição (CHUNG; LEE, 2000; XUE et al., 2011).

As manifestações clínicas da TE são variáveis de acordo com o local, a extensão do envolvimento e o estágio da doença podendo ser aguda ou insidiosa. Os sintomas podem ser secundários a doença propriamente dita ou originados de complicações como obstrução endobrônquica (SHAHZAD; IRFAN, 2016).

Sintomas sistêmicos de TB como anorexia, fraqueza generalizada e perda de peso são reportados em mais de 50% dos pacientes. A tosse, único sintoma apresentado pela paciente, é o mais comum e está presente em 70 a 80% dos casos (LEE et al., 1992; AHMADI, 2015). Pode ser seca ou com broncorreia especialmente quando a TE está associada a TB cavitária (SO; LAM; SHAN, 1983). A febre geralmente é baixa, no entanto pode se tornar marcante em uma doença cavitária avançada (LEE et al., 1992). Hemoptise pode ocorrer em 15-40% dos pacientes. Usualmente é moderada, entretanto pode ser massiva (SHAHZAD; IRFAN, 2016).

Dor torácica, sibilância e redução dos murmúrios vesiculares também podem estar presentes (LEE et al., 1992; SHAHZAD; IRFAN, 2016; SIOW, 2017).

Apesar da variedade de apresentação clínica, esses sinais e sintomas não são específicos de TE (SHAHZAD; IRFAN, 2016; SIOW; LEE, 2017; SUCENA; AMORIM; MACHADO, 2004). Esse fator também contribui para o atraso diagnóstico. A ausência de fatores de risco, sintomas específicos e sinais de alerta como hemoptise e emagrecimento permitiram uma ampla lista de diagnósticos diferenciais. Assim, fez-se necessária uma extensa investigação através de exames complementares.

A pesquisa bacteriológica de Bacilos Álcool-Ácido Resistentes (BAAR) no escarro não foi realizada e se tivesse sido, teria baixa sensibilidade (SHAHZAD; IRFAN, 2016). A expectoração da paciente era escassa devido ao aprisionamento do muco pelo tecido de granulação brônquica. (SHAHZAD; IRFAN, 2016; KASHYAP; SOLANKI, 2014; OSKAYA, 2012).

O radiograma de tórax pode estar normal, a não ser que haja obstrução significativa da via aérea levando a atelectasia do segmento distal pulmonar ou doença parenquimatosa ou pleural concomitante (SIOW; LEE, 2017). A tomografia de tórax (TC) permite identificar mais detalhes como irregularidades e estenoses da via aérea, além de outros achados de imagem da TB no tórax como linfadenomegalia mediastinal, nódulos, cavidades e efusão pleural. (SIOW; LEE, 2017). A TC solicitada evidenciando linfonodos nos limites superiores da normalidade e nodulação, mesmo que não tenha sido suficiente para fechar o diagnóstico de TE, orientou a necessidade da realização da broncoscopia e análise histopatológica da lesão.

A broncoscopia é mandatória para estabelecer o diagnóstico precoce e avaliação do prognóstico da TE (SUCENA; AMORIM; MACHADO, 2004). Procedimentos durante a broncoscopia como biópsia, aspiração com agulha, lavado broncoalveolar e ultrassonografia endobrônquica podem ser utilizadas (OSKAYA 2012; JUNG et al., 2015; SHAHZAD; IRFAN, 2016).

A TE pode ser classificada em sete subtipos baseada no seu padrão broncoscópico: caseosa, edemato-hiperêmica, fibroestenótica, tumoral, granular, ulcerativa e bronquítica não específica. Cada subtipo histopatológico tem suas características próprias e a utilidade é para fins de determinação prognóstica. (CHUNG; LEE, 2000)

A lesão inicial com infiltração linfocítica da submucosa é caracterizada por eritema e edema da mucosa bronquial, correspondendo ao subtipo da bronquite não específica. Com a formação de tubérculos submucosos, uma aparência granular se desenvolve (subtipo granular). Subsequentemente o edema e o eritema dão origem ao subtipo edemato-hiperêmico. Nesse

estágio, o edema pode resultar em estenose bronquial. A partir disso, a lesão pode se transformar em necrose caseosa com a formação de um granuloma na mucosa. Este achado fibrobroncoscópico se enquadra no caso em questão. Se a inflamação persistir e ultrapassar a mucosa, uma úlcera é formada dando origem ao subtipo ulcerativo. (CHUNG; LEE, 2000; SHAHZAD; IRFAN, 2016).

Feito o diagnóstico, o principal objetivo do tratamento é erradicar o bacilo tuberculoso e prevenir a estenose traqueobrônquica irreversível, embora a estenose possa ocorrer, mesmo com tratamento adequado (SHAHZAD; IRFAN, 2016). As quatro drogas de primeira linha são as mesmas usadas para TB pulmonar: rifampicina, isoniazida, etambutol e pirazinamida (RABAHI et al., 2017). Corticosteróides têm sido usados no tratamento da TE, mas seu papel é ainda controverso sendo reservado a pacientes selecionados (SHAHZAD; IRFAN, 2016; SUCENA; AMORIM; MACHADO, 2004).

4 CONCLUSÃO

A tuberculose é a nona causa de morte no mundo (Global Tuberculosis Report, 2017) e, dos casos de Tuberculose, a apresentação Endobrônquica, forma rara, muitas vezes tem seu diagnóstico atrasado devido ao quadro clínico inespecífico. Justifica-se a importância deste relato de caso pela necessidade de reconhecimento das características semiológicas de um sintoma muito prevalente como a tosse, indicando diagnósticos diferenciais de patologias respiratórias. Em resumo, este trabalho permite o aprimoramento do raciocínio clínico frente a desafios diagnósticos.

REFERÊNCIAS

CHUNG, H. S.; LEE, J. H. Bronchoscopic assessment of the evolution of endobronchial tuberculosis. **Chest**, n. 117, v. 2, p. 385-92, 2000.

MARTINS, M. A.; CARRILHO, F. J.; ALVES, V. A.; CASTILHO, E. A.; CERRI, G. G. **Clínica médica: doenças do aparelho digestivo, nutrição e doenças nutricionais**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2016. v. 4.

SEIDMAN, M. D.; GURGEL, R. K.; LIN, S. Y.; SCHWARTZ, S. R.; BAROODY, F. M. BONNER, J. R.; DAWSON, D. E.; DYKEWICZ, M. S.; HACKELL, J. M.; HAN, J. K.; ISHMAN, S. L.; KROUSE, H. J.; MALEKZADEH, S. C.; JAMES, W. W.; OMOLE, F. S.; REDDY, W. D.; WALLACE, D. V.; WALSH, S. A.; WARREN, B. E.; WILSON, M. N.; NNACHETA, L.C. Clinical practice guideline: allergic rhinitis. **Otolaryngology – Head and Neck Surgery**, v. 152, N. 1S, p. S1 –S43), 2015.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. **Global strategy for asthma management and prevention**. 2018. v. 1.3. Disponível em: < https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2018/04/wms-GINA-2018-report-tracked_v1.3.pdf>. Acesso em 28 abr.2019.

GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSES. **Management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease**. USA, 2018. Disponível em: < https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf>. Acesso em 03 mai.2019.

IRWIN, R. S.; FRENCH, C. L.; CHANG, A. B.; ALTMAN, K. W.; Classification of cough as a symptom in adults and management algorithms: CHEST guideline and expert panel report. **CHEST**, v. 153, n. 1, p. 196-209, 2018.

JUNG, S. S.; PARK, H. S.; KIM, J. O.; KIM, S. Y. Incidence and clinical predictors of endobronchial tuberculosis in patients with pulmonary tuberculosis. **Respirology**, v. 20, n. 3, p. 488-495, 2015.

KASHYAP, S.; SOLANKI, A. Challenges in endobronchial tuberculosis: from diagnosis to management. **Pulm Med**, v. 594806, 2014.

LEE, J. H.; PARK, S. S.; LEE, D. H.; SHIN, D. H.; YANG, S. C.; YOO, B. M. Endobronchial tuberculosis: clinical and bronchoscopic features in 121 cases. **Chest**, n. 102, p. 990-4, 1992.

LEE, J. Y.; YI, C. A.; KIM, T. S.; KIM, H.; KIM, J.; HAN, J.; KWON, O. J.; LEE, K. S.; CHUNG, M. J. CT scan features as predictors of patient outcome after bronchial intervention in endobronchial TB. **Chest**, v. 138, n. 2, p. 380-385 2010.

OZKAYA, S.; BILGIN, S.; FINDIK, S.; KÖK, H. Ç.; YUKSEL, C.; ATILLA GÜVEN ATICI Endobronchial tuberculosis: histopathological subsets and microbiological results. **Multidiscip Respir Med**, v. 7, n.1, p. 34, 2012.

RABAHI, M. F.; SILVA JÚNIOR, J. L. R.; FERREIRA, A. C. G.; TANNUS-SILVA, D. G. S.; CONDE, M. B. Tratamento Atual da Tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 43, n. 5, p. 472-486, 2017.

RIKIMARU, T.; KINOSITA, M.; YANO, H.; ICHIKI, M.; WATANABE, H.; SHIRAI, T.; HURUNO, H.; OOKUBO, Y.; OIZUMI, K.; RONDO, M. Diagnostic features and therapeutic outcome of erosive and ulcerous endobronchial tuberculosis. **Int J Tuberc Lung Dis.**, n. 2, p. 558-62, 1998.

SHAHZAD, T.; IRFAN, M. Endobronchial tuberculosis—a review. **J Thorac Dis**, v. 8, n. 12, p. 3797-3802, 2016.

SIOW, W. T.; LEE, P. Tracheobronchial tuberculosis: a clinical review. **J Thorac Dis**, v. 9, 1 p. E71-E77, 2017.

SO, S. Y.; LAM, W. K.; SHAM, M. K. Bronchorrhea: a presenting feature of active endobronchial tuberculosis. **Chest**, n. 84, p. 635-6, 1983.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Diretrizes brasileiras no manejo da tosse crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 32, supl. 6, p. s403-s446, 2006.

SONG, W. J.; SONG, W. J.; CHANG, Y. S.; FARUQI, S. ; KANG, M. K.; KIM, J. K.; KANG, M. G.; KIM, S. ; JO, J. E.; LEE, S. E.; KIM, M. H.; PLEVKOVA, J.; PARK H. W.; CHO, S. H.; MORCE, AL. A. Defining Chronic Cough: A Systematic Review of the Epidemiological Literature. **Allergy Asthma Immunol Res.**, v. 8, n. 2, p. 146-155, mar. 2016;

STEVIC, R.; MILENKOVIC, B. Tracheobronchial tumors: a review. **J Thorac Dis**, v. 8, n. 11, p. 3401-3413, 2016.

SUCENA, M.; AMORIM, A.; MACHADO, A. Tuberculose endobrônquica: alterações clínicas e broncoscópicas. *Rev Port Pneumol.*, v. 10, n. 5, pp. 383-91, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2017**. Disponível em: <https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_main_text.pdf>. Acesso em 05 mai.2019.

XUE, Q.; WANG, N.; XUE, X.; WANG, J. Endobronchial tuberculosis: an overview. **Eur J Clin Microbiol Infect Dis.**, v. 30, n. 9, p.1039-1044, 2011.

**ANEXO A – FOTOS DAS FIBROBRONCOSCOPIAS REALIZADAS PELA
PACIENTE**

Figura 1. Broncoscopia realizada em 16/10/2017 evidenciando obstrução total do lobomédio por lesão vegetante.



Figura 2. Broncoscopia realizada em 28/03/2018 evidenciando persistência da lesão vegetante em óstio do brônquio do lobo médio, com mínima redução das dimensões de exame anterior.

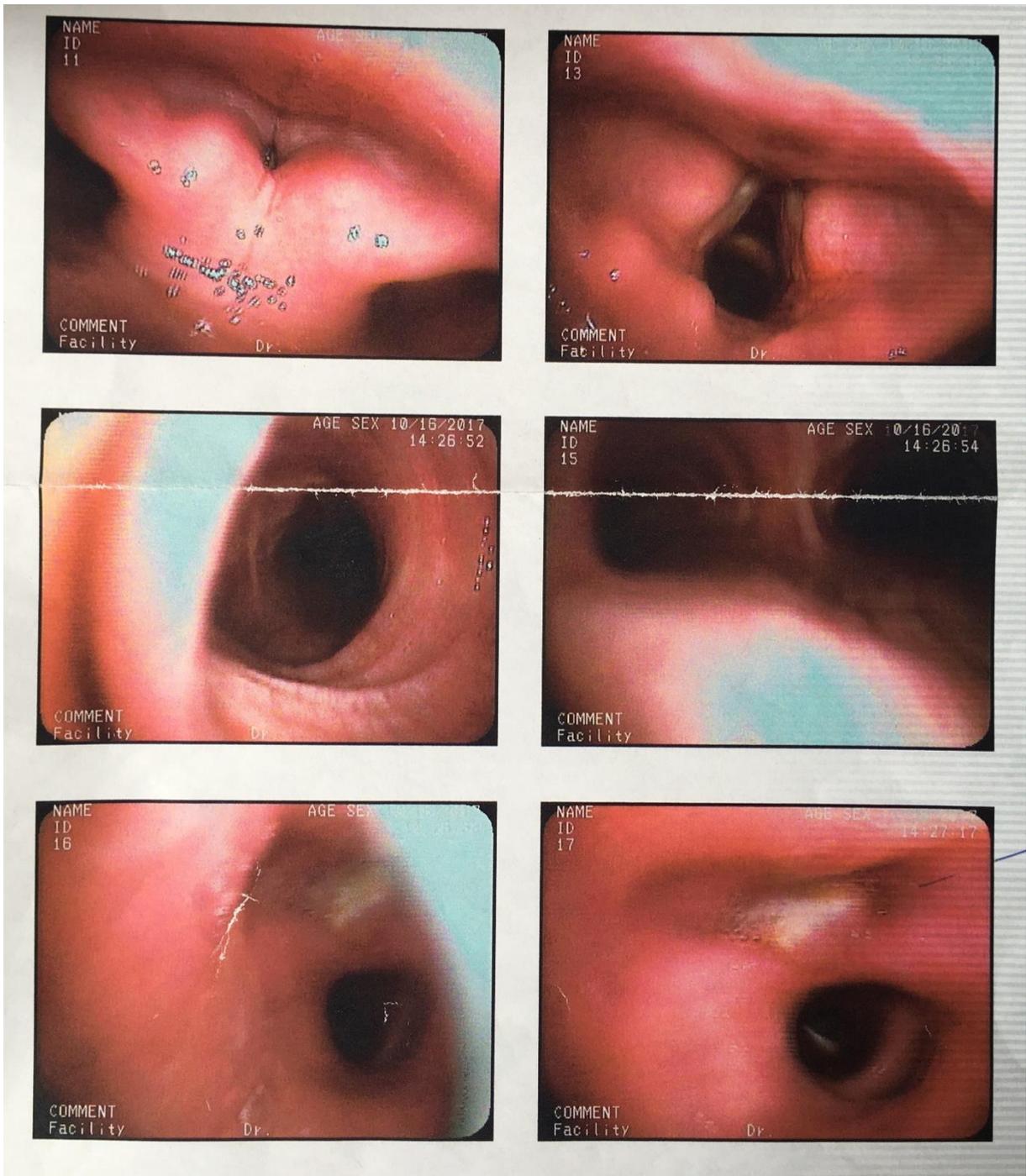


Figura 3. Broncoscopia realizada em 03/10/2018 evidenciando árvores brônquicas esquerda e direita com configuração anatômica usual, sem lesões ou compressões.

