

# Tuberculose miliar, intestinal e cutânea: relato de um caso

## *Miliary, intestinal and cutaneous tuberculosis: report of a case*

 Raquel Alencar Sampaio Ferraz<sup>1</sup>

 Marina Silva Guedes<sup>1</sup>

 Andressa Atem de Lima Pinheiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Universitário de Valença – Valença/RJ

<sup>2</sup>Centro Universitário de Volta Redonda – Volta Redonda/RJ

**Autor correspondente:**

**Raquel Alencar Sampaio Ferraz**  
E-mail: raquel\_asferraz93@hotmail.com

### Como citar este artigo:

FERRAZ, R.A.S.; GUEDES, M.S.; PINHEIRO, A.A.L.; **Tuberculose miliar, intestinal e cutânea: relato de um caso.** Revista Saber Digital, v. 18, n.3, e20251804, set./dez., 2025.

**Data de Submissão:** 12/06/2025

**Data de aprovação:** 30/06/2025

**Data de publicação:** 07/10/2025



Esta obra está licenciada com uma licença  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

**RESUMO: Introdução:** A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa crônica endêmica causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. As apresentações extrapulmonares da TB têm seus sinais e sintomas dependentes dos órgãos ou sistemas acometidos, são mais frequentes em pacientes imunocomprometidos e constituem entre 10 e 20% dos casos. **Relato de caso:** Paciente 56 anos, masculino, trabalhador rural, tabagista, admitido com síndrome consumptiva, febre, hematoquezia e desconforto abdominal iniciados há dois meses. O diagnóstico das formas extrapulmonares foi realizado através da história clínica e exames de imagem, associados a exames laboratoriais que confirmaram a suspeita. **Discussão:** Devido os sinais e sintomas serem inespecíficos, a TB extrapulmonar pode ser confundida com outras patologias e o seu diagnóstico é difícil. Neste caso clínico, o diagnóstico da TB miliar foi feito com base na tomografia computadorizada de tórax, da TB cutânea com baciloscopia da secreção e da TB intestinal através da biópsia de cólon direito com estudo imunohistoquímico. O tratamento da TB inclui medidas gerais e terapia com tuberculostáticos por no mínimo seis meses. **Conclusão:** A tuberculose é uma doença que pode levar a óbito e que proporciona impactos à saúde pública do Brasil. Nesse contexto, reconhecer as formas de apresentação da tuberculose extrapulmonar se torna cada vez mais importante a fim de identificar casos semelhantes e assim iniciar uma abordagem mais assertiva para que as chances de recuperação do paciente sejam positivas.

**Palavras-chave:** Tuberculose extrapulmonar; *Mycobacterium tuberculosis*; Granuloma.

**ABSTRACT: Introduction:** Tuberculosis (TB) is a chronic, endemic infectious disease caused by *Mycobacterium tuberculosis*. Extrapulmonary TB presents with signs and symptoms specific to the affected organ or system, is more frequent in immunocompromised patients, and accounts for 10–20% of all cases. **Case Report:** A 56-year-old male rural worker and smoker presented with a two-month history of wasting syndrome, fever, hematochezia, and abdominal discomfort. Extrapulmonary TB was diagnosed through clinical history, imaging studies, and laboratory tests that confirmed the suspicion. **Discussion:** Due to its nonspecific signs and symptoms, extrapulmonary TB can mimic other diseases, making diagnosis particularly challenging. In this clinical case, miliary TB was diagnosed via chest computed tomography, cutaneous TB by smear microscopy of the secretion, and intestinal TB through a right-colon biopsy with immunohistochemical analysis. Treatment consisted of general supportive care and tuberculostatic therapy for at least six months. **Conclusion:** Tuberculosis can be fatal and represents

a significant public health burden in Brazil. In this context, recognizing the extrapulmonary forms of tuberculosis is increasingly important for identifying similar cases and initiating a more targeted approach, thus improving the patient's chances of recovery.

**Keywords:** Extrapulmonary tuberculosis; *Mycobacterium tuberculosis*; Granuloma.

## INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) se trata de uma doença infecciosa crônica endêmica conhecida popularmente em meados do século XIX como peste branca, ao acometer e dizimar centenas de milhares de indivíduos em todo o mundo (Santos, 2022). Em 24 de março de 1882, o médico alemão Robert Koch descobriu o bacilo causador da tuberculose, o *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), ou bacilo de Koch (BK) (História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 2016). O *Mycobacterium tuberculosis* se trata de uma bactéria aeróbia, tendo uma parede celular rica em lipídios e é classificada como bacilo álcool-ácido resistente (BAAR). É uma enfermidade que pode ser prevenida e curável, porém, apesar do avanço tecnológico no âmbito da saúde, a TB se encontra dentre as 10 maiores causas de óbito no mundo (Santos, 2022).

O risco de qualquer indivíduo imunocompetente infectado pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* desenvolver tuberculose ativa é por volta de 10% durante toda a fase da vida, sendo maior nos dois primeiros anos após a infecção, período de tempo em que 50% dos indivíduos infectados desenvolvem doença. Esta probabilidade em um indivíduo com vírus da imunodeficiência humana (HIV) positivo é de cerca de 7-10% a cada ano (Carrazedo, 2009).

Cada pessoa com TB pulmonar não diagnosticada tende a infectar de 10 a 15 pessoas/ano, e, destas, uma a duas adoecem, mantendo a transmissão e a doença em nível de endemia. (Teixeira *et al.*, 2020). A forma pulmonar é a apresentação mais habitual da doença, e as formas extrapulmonares constituem entre 10 a 20% dos casos (Valle *et al.*, 2021). No entanto, a tuberculose extrapulmonar é mais frequente nos imunocomprometidos, e torna-se cada vez mais importante, à medida que a imunodepressão aumenta, elevando também as formas mais raras de tuberculose (Carrazedo, 2009).

A forma cutânea representa 1,5% dos casos de tuberculose, podendo ser adquirida por disseminação hematogênica ou linfática ou por inoculação de forma direta do bacilo (Valle *et al.*, 2021).

A Tuberculose Miliar é mais comumente notada em indivíduos adultos e geralmente com doenças concomitantes ou condições que possam dificultar o diagnóstico (Neves *et al.*, 2005). Pode surgir como resultado de uma infecção primária progressiva ou através da reativação de um foco latente com posterior propagação através da corrente sanguínea (Santos, 2022). Vários estudos apresentam a relação entre a tuberculose miliar a outras condições que, de fato, são facilitadores da doença como, cirrose hepática, alcoolismo, gravidez, neoplasia, imunocomprometimento, doença reumatológica, e tratamento com agentes imunossupressores (Neves *et al.*, 2005).

A TB abdominal primária deve-se à reativação de um foco latente. A doença secundária ocorre quando a infecção se espalha para o abdome através da deglutição do escarro infectado, disseminação hematogênica ou de um órgão vizinho infectado ou ingestão de leite não pasteurizado (Udgirkar *et al.*, 2019).

Devido à escassez de dados e fontes na literatura de mais de uma forma de tuberculose extrapulmonar no mesmo paciente faz-se necessário relatar o caso de forma a ajudar no diagnóstico e manejo de casos semelhantes futuros.

## **RELATO DE CASO**

Paciente L. P. G., sexo masculino, branco, 56 anos, trabalhador rural, solteiro, tabagista, natural e residente de Valença-RJ, admitido para investigação de síndrome consumptiva, febre, hematoquezia e desconforto abdominal iniciados há dois meses. História prévia de recidivas de paracoccidiodomicose desde os 18 anos. Apresentando laudo de histopatológico de pele positivo para paracoccidiodomicose em 2006, com sorologias para paracoccidiodomicose e HIV não reagentes.

Foi realizada tomografia de tórax que constatou padrão micronodular difuso sugestivo de tuberculose miliar (Fig. 1) e ileocolonosopia com lesão blastomatosa em cólon ascendente sugestiva de neoplasia e pequenos focos esbranquiçados por todo o cólon sugestivo de tuberculose intestinal (Fig. 2). O laudo da biópsia de cólon direito com estudo imunohistoquímico revelou processo inflamatório crônico

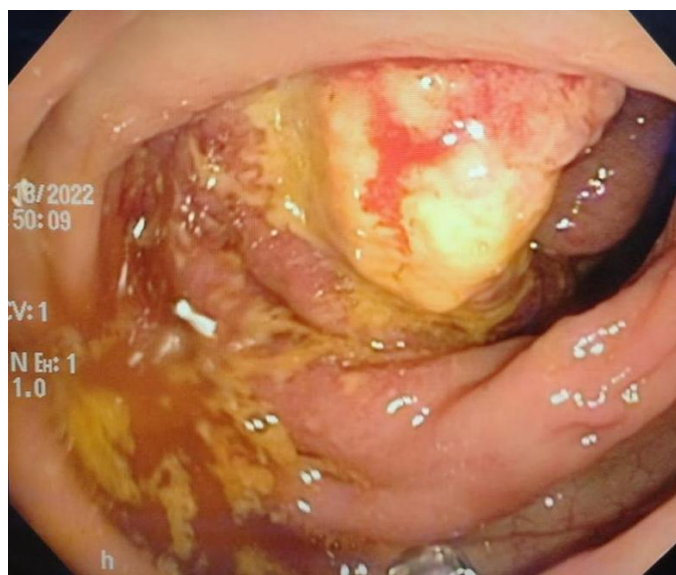
granulomatoso com células gigantes multinucleadas, ulcerado, com ausência de displasia. Realizadas sorologias para HIV com resultados negativos.

**Figura 1** - TC de tórax sem contraste demonstrando padrão miliar.



**Fonte:** Próprios autores.

**Figura 2** - Ileocolonoscopia demonstrando lesão blastomatosa até o cólon ascendente, ocupando 90% da luz do órgão.



**Fonte:** Próprios autores.

Iniciado tratamento para tuberculose miliar com esquema RIPE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) e após 30 dias foi realizado nova ileocolonoscopia que não demonstrou mais a lesão blastomatosa e nova tomografia de tórax apresentando melhoria do padrão miliar (Fig. 3).

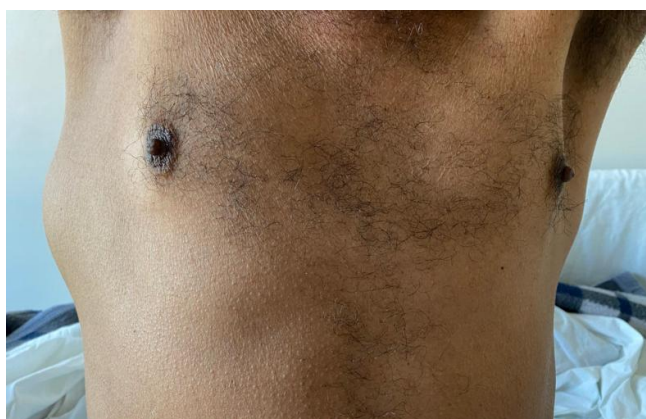
**Figura 3** - TC de tórax sem contraste demonstrando melhoria do padrão miliar após tratamento.



**Fonte:** Próprios autores.

O paciente teve alta hospitalar com melhora clínica e radiológica após esquema RIPE e manteve acompanhamento ambulatorial. Porém, sete meses após o início do tratamento, retornou com relato de inapetência, perda ponderal, febre diária de 39°C, dor abdominal, náuseas, vômitos, cefaléia e surgimento de abaulamento em região dorsal bilateralmente sugestivo de abscesso (Fig. 4).

**Figura 4** - Presença de tumefação na região do hemitórax direito e esquerdo.



**Fonte:** Próprios autores.

Foram solicitados exames tomográficos que revelaram pequenas lesões nodulares esparsas em parênquima cerebral e na musculatura da parede torácica sugestivas de implantes secundários, além de lesão expansiva comprometendo a adrenal esquerda, invadindo a cauda pancreática e o hilo renal esquerdo, devendo-se considerar neoplasia maligna da adrenal.

Após drenagem das lesões em dorso e envio de material para análise foi evidenciado BAAR positivo e citologia oncótica negativa. Além disso, para investigação das lesões cerebrais foi realizado punção liquórica com resultado negativo das culturas para fungos, micobactérias e para germes habituais.

Optado por iniciar tratamento empírico para paracoccidioidomicose com Anfotericina B e mantido tratamento para tuberculose, porém, o paciente evoluiu com insuficiência adrenal grave e óbito.

## **DISCUSSÃO**

Dos 80.012 casos novos de TB no Brasil em 2023, 69,2% das pessoas que foram diagnosticadas com TB no país eram homens, 33,8% tinham entre 20 e 34 anos, 51,8% se autodeclararam pardos e entre as populações em situação de vulnerabilidade, a coinfeção TB-HIV era de 9,3% (Ministério da Saúde, 2024).

O risco de adquirir TB depende da coexistência de fatores condicionantes, como fator genético, idade, sexo, desnutrição, alcoolismo, tabagismo, fatores ambientais, sistema imune do indivíduo --- aumento de utilização de medicamentos imunossupressores na terapêutica de doenças autoimunes, de neoplasias, em transplantados --- desenvolvimento de multirresistência a TB (TBMR), infecção por HIV, enfermidade pulmonar prévia, além de outras comorbidades (Brito *et al.*, 2022).

O paciente descrito apresentava os seguintes fatores condicionantes: era pardo, tabagista, do sexo masculino e tinha 56 anos. Apresentava histórico de recidivas prévias de paracoccidioidomicose, porém não foi confirmada nova recidiva da doença na atual internação e as sorologias para HIV foram negativas.

As formas extrapulmonares constituem entre 10 e 20% dos casos (Valle *et al.*, 2021). Os quatro acometimentos extrapulmonares da tuberculose mais clinicamente frequentes são o pleural, o linfonodal, o urogenital e o meningoencefálico (Oliva *et al.*, 2019). A tuberculose pleural é a forma mais comum de tuberculose extrapulmonar, exceto em pacientes com HIV. A tuberculose ganglionar é mais frequente em crianças e mulheres e é a forma mais comum em pacientes soropositivos (Silva *et al.*, 2021).

A tuberculose extrapulmonar é uma manifestação de doença sistêmica, podendo atingir vários órgãos e sistemas, sendo responsável por quadros clínicos variados. O diagnóstico é dificultado, tendo o contexto clínico epidemiológico papel importante na definição dos casos (Oliva *et al.*, 2019).

No caso relatado, o paciente apresentava três formas raras de tuberculose extrapulmonar e a tuberculose pleural que é a mais comum em soronegativos não estava dentre elas.

A tuberculose miliar representa menos de dois por cento de todos os casos de tuberculose (Barros, 2021). As manifestações clínicas da TB miliar são mais prováveis de serem subagudas ou crônicas (Bernardo, 2017).

A TB miliar pode apresentar sintomas generalizados como febre, anorexia, astenia e perda de peso, também pode apresentar sintomas que sugerem outras formas extrapulmonares como cefaleia, dor abdominal e dor pleurítica. Os achados físicos são comumente inespecíficos (Neves *et al.*, 2005).

O diagnóstico pode representar um desafio, uma vez que as manifestações clínicas frequentemente são atípicas e inespecíficas, e a radiografia de tórax nem sempre mostra o padrão miliar clássico inicialmente. Achados compatíveis em tomografias computadorizadas ou a detecção de tubérculos miliares em amostras de tecido de diferentes órgãos por análise histopatológica são meios fundamentais para estabelecer o diagnóstico preciso. Dessa forma, é essencial que haja muita suspeição clínica e a ocorrência de uma abordagem sistemática nos testes diagnósticos para alcançar um diagnóstico precoce da tuberculose miliar (Macedo *et al.*, 2024).

No caso clínico apresentado, o paciente apresentava febre, anorexia, perda ponderal e dor abdominal há dois meses e os achados na tomografia de tórax apoiam o diagnóstico de tuberculose miliar pois foi constatado a presença de múltiplos diminutos nódulos de tamanhos uniformes distribuídos difusamente no parênquima pulmonar, sem outras alterações.

A TB abdominal ocorre em cerca de 10-12% dos pacientes com tuberculose extrapulmonar. A tuberculose abdominal é uma das apresentações extrapulmonares mais frequentes da doença e pode desenvolver-se no tubo digestivo, no peritônio, nos gânglios linfáticos e nos órgãos parenquimatosos intra-abdominais (Galat; Fuhrmann, 2023). A TB do trato gastrointestinal (TGI) corresponde 3% dos casos da TB abdominal (Viturino *et al.*, 2022). O peritônio e o intestino são os sítios mais frequentemente envolvidos, sendo a região ileocecal o local de maior comprometimento (Galat; Fuhrmann, 2023).

Os sintomas e sinais da tuberculose gastrointestinal e peritoneal são inespecíficos, e o diagnóstico pode ser desconsiderado ou retardado resultando em

aumento da morbidade e mortalidade. A maioria dos pacientes com tuberculose abdominal apresenta sintomas que duram de 1 mês a 1 ano. Esses pacientes podem apresentar dor abdominal, emaciação, perda geral de peso, perda de apetite, febre, diarreia, constipação, sangramento retal e edema (Diretrizes Mundiais da Organização Mundial de Gastroenterologia, 2021).

O quadro clínico da TB abdominal pode mimetizar diversas patologias, como doença inflamatória intestinal, malignidade do cólon ou infecções gastrointestinais. Os exames radiológicos, procedimentos endoscópicos e cirúrgicos podem ser utilizados para o diagnóstico, além da realização de pesquisas microbiológicas e histopatológica do material obtido. Porém, não existe um teste “padrão-ouro”. A conduta deve ser individualizada. Os exames de imagem ajudam na definição e caracterização do acometimento (Carlos *et al.*, 2021).

Fazer um diagnóstico de TB intestinal com endoscopia e biópsia da mucosa é difícil, porque a doença é submucosa e o rendimento diagnóstico é baixo (demonstrando BAAR, PCR TB positivo granulomas caseosos ou cultura de TB positiva). Pulimood e outros descreveram uma série de características histológicas em espécimes de biópsia de mucosa que, na ausência de bacilos álcool-ácido resistentes e inflamação granulomatosa caseosa, são diagnósticas de TB intestinal. Estas incluem granulomas confluentes, granulomas múltiplos em uma determinada área da biópsia, granuloma grande, bandas de histiócitos epitelioides que revestem úlceras, granulomas submucosos e inflamação submucosa desproporcional, isto é, inflamação submucosa que excede significativamente a inflamação da mucosa (Diretrizes Mundiais da Organização Mundial de Gastroenterologia, 2021).

Em termos de anatomopatologia, há três ou quatro tipos de lesões, segundo diversos autores: hipertrófica, ulcerativa, hipertrófica-ulcerativa e esclerótica. A forma hipertrófica é a causa mais comum de obstrução intestinal (Mendes *et al.*, 2009). A manifestação clínica mais comum da forma ulcerativa é dor abdominal e constipação alternada com diarreia (Souza *et al.*, 2011).

O paciente em questão apresentava dor abdominal que é o principal achado no exame abdominal, perda ponderal, febre e hematoquezia que iniciaram a cerca de 2 meses além de antígeno carcinoembrionário de 1,0, não indicativo de neoplasia. Na tomografia de abdome total foi evidenciado um leve espessamento parietal do íleo terminal, do ceco e do cólon ascendente associados a adensamento dos planos

adiposos contíguos, sugerindo alteração de natureza inflamatória e/ou infecciosa, ou seja, a região de maior acometimento da TB do TGI.

Na ileocolonosopia foi evidenciada lesão blastomatosa em cólon ascendente sugestiva de neoplasia e pequenos focos esbranquiçados por todo o cólon sugestivo de tuberculose intestinal. O laudo da biópsia de cólon direito com estudo imuno-histoquímico revelou processo inflamatório crônico granulomatoso com células gigantes multinucleadas, ulcerado, que é uma característica histológica de mucosa que, na ausência de bacilos álcool-ácido resistentes e inflamação granulomatosa caseosa, confirma o diagnóstico de TB intestinal. Além disso, o paciente apresentava a lesão anatomopatológica ulcerativa que é a mais frequente e que tem como manifestação clínica mais comum a dor abdominal.

A forma cutânea representa 1,5% dos casos de TB extrapulmonar. As lesões da TB cutânea têm apresentação bastante variada, sendo a forma escrofuloderma a mais observada em países em desenvolvimento. Pode ser vista em qualquer faixa etária, sendo mais comum, no entanto, em crianças, adolescentes e idosos. O quadro clínico é caracterizado por nódulos subcutâneos de crescimento lento, indolores, que podem evoluir com úlceras ou trajetos fistulosos com drenagem de secreção serosa, purulenta ou caseosa (Valle *et al.*, 2021). Nos casos de TB cutânea, o diagnóstico é feito pela presença do BAAR ou cultura ou identificação do granuloma com necrose de caseificação no fragmento de biópsia (Ministério da saúde, 2019).

Há estudos que registram eventual reação cutânea paradoxal em pacientes que estão em tratamento regular para TB cutânea, particularmente em não bacilíferos tratados para TB miliar. Após semanas ou meses do início do tratamento com tuberculostáticos surgem lesões cutâneas tumefeitas purulentas cuja cultura para *M. tuberculosis* em geral é positiva, representando fenômeno imunológico (e não resistência bacteriana) que responde bem à continuidade do tratamento (Brito *et al.*, 2022).

No relato de caso apresentado, as lesões cutâneas tumefeitas em dorso surgiram após meses do início do tratamento para tuberculose miliar e intestinal. Essas lesões tiveram crescimento lento, eram indolores, continham saída de secreção purulenta na drenagem e presença de incontáveis bacilos de Koch na cultura confirmando o diagnóstico de TB cutânea.

## CONCLUSÃO

A tuberculose é uma doença infecciosa ainda muito prevalente no Brasil e em outros países subdesenvolvidos, proporcionando impactos à saúde pública com a ascensão dos casos.

A tuberculose extrapulmonar pode atingir vários órgãos e sistemas, sendo responsável por quadros clínicos variados. Como os sinais e sintomas geralmente são inespecíficos, a TB extrapulmonar pode ser confundida com outras patologias, e o diagnóstico pode ser desconsiderado ou retardado resultando em aumento da morbidade e mortalidade.

É importante realizar o diagnóstico precoce para dar início rápido ao tratamento para que as chances de recuperação e desfecho clínico do paciente sejam positivas. O tratamento da tuberculose extrapulmonar é de no mínimo seis meses, o que contribui para a baixa adesão ao tratamento. Dessa maneira, reconhecer as formas menos comuns da doença, se torna cada vez mais relevante no manejo da TB extrapulmonar. É possível salientar e concluir que este trabalho serve como fundamentação teórica para profissionais da saúde e pessoas interessadas no tema, possibilitando identificar casos semelhantes e iniciar uma abordagem mais assertiva.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Não houve conflito de interesses para a realização deste trabalho.

## SUPORTE FINANCEIRO

Não houve suporte financeiro para a realização deste trabalho, sendo o financiamento da pesquisa realizado pelos próprios autores envolvidos.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Raquel Alencar Sampaio Ferraz:** Conceitualização, Revisão de literatura, Metodologia da Pesquisa, Levantamento dos dados da pesquisa, Análise laboratorial, Análise estatística dos dados, Redação inicial, Redação final do artigo e correção, Formatação nas normas da Revista, Submissão no site e autor para correspondência; **Marina Silva Guedes:** Conceitualização, Revisão de literatura, Redação inicial, Redação final do artigo e correção; **Andressa Atem de Lima Pinheiro:** Conceitualização, Revisão de literatura.

## REFERÊNCIAS

BARROS, A. G. S. P. de. Tuberculose extrapulmonar e miliar: Epidemiologia e fatores de risco. Trabalho Final de Mestrado Integrado em Medicina – Clínica Universitária de Doenças Infecciosas, **Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa**, Lisboa, julho 2021. Disponível em: <https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/51513/1/AntonioGBarros.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2024.

BERNARDO, J. Clinical manifestations, diagnosis, and treatment of miliary tuberculosis. **UpToDate**, 2017. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment-of-miliary-tuberculosis>. Acesso em: 28 out. 2024.

BRITO, A. C. de. et al. Tuberculose cutânea: atualização epidemiológica, clínica, diagnóstica e terapêutica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 97, n. 2, p. 129-144, mar./abr. 2022. DOI: 10.1016/j.abd.2021.07.004.

CARLOS, I. L. de. et al. Tuberculose gastrointestinal mimetizando neoplasia de cólon. **Revista Médica da UFC**, v. 61, n. 1, p. 1-4, 2021.

CARRAZEDO, A. M. V. Aspectos distintos da Tuberculose em imunocompetentes e imunocomprometidos: epidemiologia, manifestações clínicas, exames auxiliares de diagnóstico e tratamento. **Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar**, Universidade do Porto, 2009.

**DIRETRIZES MUNDIAIS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE GASTROENTEROLOGIA**. Tuberculose do aparelho digestivo. Março de 2021. Disponível em: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/digestive-tract-tuberculosis-portuguese-2021.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2024.

GALAT, M. S.; FUHRMANN NETO, M. Tuberculose intestinal e peritoneal: relato de caso e revisão de literatura. **Arquivos de Medicina, Saúde e Educação**, v. 1, n. 2, p. 199-211, 2023.

MACEDO, R. B. et al. Perfil epidemiológico da Tuberculose Miliar nos anos de 2019 a 2023 no Brasil. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 10, p. 2133-2157, 2024.

MENDES, W. B. et al. Tuberculose Intestinal como Causa de Obstrução Intestinal: Relato de Caso e Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 29, n. 4, p. 489-492, out./dez. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2. ed. atual. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a->

z/tuberculose/publicacoes/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil.pdf. Acesso em: 20 nov. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico - Tuberculose 2024**. Número Especial, Brasília, março 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-epidemiologico-tuberculose-2024>. Acesso em: 20 nov. 2024.

NEVES, G. K. et al. Tuberculose miliar em paciente imunocompetente – relato de caso. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 34, n. 2, p. 64-65, 2005.

OLIVA, H. N. P. et al. Incidência de tuberculose extrapulmonar. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 17, n. 2, p. 63-65, 2019.

SANTOS, C. R. B. dos. Tuberculose Miliar em Paciente Imunocompetente: Relato de Caso e Revisão da Literatura. **Portal Regional da BVS**, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/05/1370024/tcc-cecilia-santos.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2024.

SILVA, D. R. et al. Consenso sobre o diagnóstico da tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 47, n. 2, p. 1-13, e-20210054, 2021.

SOUZA, H. P. de. et al. Tuberculose intestinal de localização colônica simulando neoplasia – Relato de caso. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 16-19, 2011.

TEIXEIRA, A. Q. et al. Tuberculose: conhecimento e adesão às medidas profiláticas em indivíduos contatos da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 116-129, 2020.

**TUBERCULOSE NA HISTÓRIA E NO PRESENTE | HISTÓRIA, CIÊNCIAS, SAÚDE – MANGUINHOS** (fiocruz.br). Março/2016. Disponível em: <https://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/tuberculose-na-historia-e-no-presente/>. Acesso em: 25 nov. 2024.

UDGIRKAR, S. et al. Clinical profile, drug resistance pattern and treatment outcomes of abdominal tuberculosis patients in Western India. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 56, n. 2, p. 178-183, abr./jun. 2019.

VALLE, I. M. R. et al. Tuberculose cutânea forma escrofuloderma: relato de caso. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 31, p.1-4, e-31402, 2021.

VITURINO, R. do. C. et al. TUBERCULOSE INTESTINAL: RELATO DE CASOS. **Journal of Coloproctology**, v. 42, n. 1, p. 1-219, 2022. Disponível em: [https://eref.thieme.de/ejournals/2317-6423\\_2022\\_S01#/10.1055-s-0043-1764611](https://eref.thieme.de/ejournals/2317-6423_2022_S01#/10.1055-s-0043-1764611). Acesso em: 30 out. 2024.