

Tuberculose peritoneal em paciente jovem imunocompetente: Relato de caso

Peritoneal tuberculosis in immunocompetent young patient: Case report.

Antonio Robson Gomes Ximenes¹, Jose Renan Miranda Cavalcante Filho², Diego Aragão Bezerra³, Artur Guimarães Filho⁴, Wirvig Dionnas Cassemiro Adeodato⁵

RESUMO

A tuberculose peritoneal é uma doença de difícil diagnóstico e com alta morbimortalidade. No Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2010 a taxa geral de incidência de tuberculose foi de 37,57 casos/100.000 habitantes, enquanto as formas extrapulmonares tiveram incidência de 5,28. Quando se instala no abdome, com possibilidade de implantação em qualquer órgão ou estrutura abdominal, a doença pode mimetizar inúmeras condições mais frequentes como linfoma, adenocarcinoma, doença de Crohn, amebíase, abdome agudo, entre outras. Acomete principalmente pacientes imunocomprometidos, como os portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida. Na maioria das vezes o diagnóstico é realizado tardiamente, com cerca de 70% dos pacientes já apresentando sintomas pelo menos 4 meses antes da confirmação clínica. O presente relato trata de um caso de tuberculose peritoneal em paciente jovem imunocompetente.

Palavras-chave: Tuberculose; Peritônio; Adulto Jovem.

ABSTRACT

The peritoneal tuberculosis is a disease that is hard to diagnose and with high morbidity and mortality. In Brazil, according to data from Ministry of Health, in 2010 the general rate of tuberculosis incidence was 37.57 cases/ 100,000 inhabitants, even though the forms extra-pulmonary had a lower incidence of 5.28. When it install in the abdomen, with possibility of placement in any organ or structure, the disease can mimic numerous conditions more recurrent as lymphoma, adenocarcinoma, Chron's disease, Amebiasis, acute abdomen, among others. It primarily affects immunocompromised patients, such as patients with acquired immunodeficiency syndrome. In most cases, the diagnosis is made late, with approximately 70% of patients already showing symptoms for at least 4 months before confirmation. The present report deals with a case of peritoneal tuberculosis in young patients who are immunocompetent.

Keywords: Tuberculosis; Peritoneum; Young Adult.

¹ Médico Residente de Cirurgia Geral Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Sobral, CE, Brasil.

² Acadêmico de Medicina - Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral, Sobral, CE, Brasil.

³ Médico Cirurgião Oncológico Universidade Federal do Ceará Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Sobral, CE, Brasil.

⁴ Doutor em Cirurgia - Universidade Federal do Ceará Médico Cirurgião Geral da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Sobral, CE, Brasil.

⁵ Médico Residente de Cirurgia Geral Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Sobral, CE, Brasil.

Instituição:

Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral, CE - Brasil

* Autor Correspondente:

Jose Renan Miranda Cavalcante Filho

E-mail: renanmiranda_@hotmail.com

Recebido em: 10/01/2017.

Aprovado em: 05/07/2017.

INTRODUÇÃO

A tuberculose peritoneal é uma doença rara, de difícil diagnóstico e com alta morbimortalidade.¹ No Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde (www.datasus.gov.br), em 2010 a taxa geral de incidência de tuberculose foi de 37,57 casos/100.000 habitantes, enquanto as formas extrapulmonares tiveram incidência de 5,28. Quando se instala no abdome, com possibilidade de implantação em qualquer órgão ou estrutura abdominal, a doença pode mimetizar inúmeras condições mais frequentes como linfoma, adenocarcinoma, doença de Crohn, amebíase, abdome agudo, entre outras.^{2,3}

Os principais fatores de risco para o acometimento peritoneal são hepatopatia crônica, infecção por HIV, diabetes mellitus, tratamento com anti-TNF e pacientes em diálise peritoneal contínua, sendo muito rara em pacientes jovens sem comorbidades.^{4,5} O objetivo deste estudo foi relatar um caso de tuberculose peritoneal que se destaca por acometer paciente jovem, previamente hígida e imunocompetente; por ter acometimento linfonodal associado e uma excelente resposta ao tratamento clínico.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 18 anos, estudante, branca, natural e procedente do município de Santa Quitéria-CE, internada no serviço de Cirurgia Geral do hospital de Ensino Santa Casa de Misericórdia de Sobral-CE para investigação de dor abdominal. Paciente relata que há aproximadamente 1 ano apresentou quadro de dor abdominal de forte intensidade, em aperto/queimação, em região periumbilical, com irradiação para o dorso, sem melhora com analgésicos comuns.

Procurou assistência médica, período em que residia na cidade do Rio de Janeiro, onde ficou internada por 7 dias e recebeu alta hospitalar sem definição diagnóstica. Desde então, vem apresentando quadros de dor abdominal intermitentes de duração variável, hiporexia, plenitude pós-prandial, episódios esporádicos de febre, quadros de diarreia intercalados com constipação e perda ponderal de 17 Kg ao longo desse período. Refere ainda amenorreia desde o início dos sintomas.

Há 2 meses antes do último internamento, relata aparecimento de adenopatia cervical de múltiplos linfonodos e com regressão espontânea ao longo de 3 semanas, período em que foi submetida à biópsia de um destes linfonodos, tendo como conclusão “hiperplasia linfoide reativa”. Durante investigação ambulatorial, pouco antes deste internamento, foi realizada ultrassonografia de abdome que evidenciou “Ascite de pequeno volume e importante linfonodomegalia retroperitoneal – considerar possibilidade de linfoma”.

Ao exame físico, regular estado geral, emagrecida, hipocorada (+/4+), hidratada, eupneica, afebril, anictérica. Cabelos ásperos e unhas quebradiças. Sinais vitais: FC.: 92 bpm, FR.: 20 ipm, PA.: 100 x 60 mmHg; região cervical: linfonodos pequenos em cadeias cervicais posteriores bilateralmente, fibroelásticos, móveis; ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas, em 2 tempos, sem sopros; ausculta pulmonar: murmúrio vesicular universal, sem ruídos adventícios. Abdome plano, sem cicatrizes cirúrgicas, ruídos hidroaéreos presentes, timpânico, espaço de Traube ocupado, doloroso à palpação profunda difusamente, sem

sinais de irritação peritoneal e sem sinais clínicos de ascite ou visceromegalias à palpação; ausência de edema de membros.

Exames realizados durante o internamento: Hb: 10,1g/dl; Ht: 32,5%; VCM: 82fL; HCM: 33; leucócitos: 7.400 (bastões: 2%; segmentados: 76%; linfócitos: 16%); plaquetas: 445.000/mm³; creatinina: 0,6mg/dl; ureia: 18mg/dl; glicemia: 78mg/dl; albumina sérica: 3,7g/dl; VHS: 70mm na 1ª hora; sumário de urina sem alterações; Anti-HIV 1 e 2 negativo. A tomografia de abdome contrastada evidenciou esplenomegalia moderada, ascite pélvica de pequeno volume e linfonodos aumentados e cavitados em retroperitônio, cadeias celíaca, para-aórtica, mesentérica e ilíaca. Sem evidência de implantes peritoneais no exame de imagem (Figuras 1 e 2).

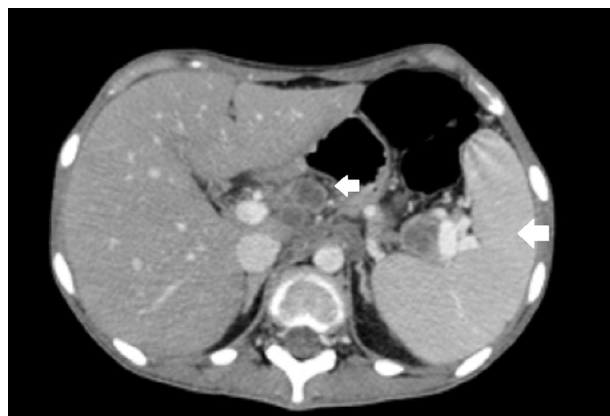


Figura 1. Esplenomegalia, linfonodos mesentéricos e celíacos (evidenciados nas setas brancas) - Fonte: acervo dos autores.



Figura 2. Linfonodos retroperitoneais (evidenciados na seta branca) - Fonte: acervo dos autores.

Para elucidação diagnóstica, foi decidido pela realização de laparoscopia, que evidenciou presença de múltiplos implantes esbranquiçados/caseosos em todo o peritônio parietal e na superfície de alças do intestino delgado, além de evidente hipertrofia em linfonodos mesentéricos e traves de aderências entre a borda superior do fígado e o diafragma. Ausência de aderências entre as alças. Pequena quantidade de líquido ascítico em oco pélvico, sendo aspirado para análise bioquímica e bacteriológica. Procedeu-se a múltiplas biópsias do peritônio parietal, julgando-se não ser necessária a exploração do retroperitônio (Figuras 3 e 4).



Figura 3. Implante em peritônio parietal, vesícula biliar e aderências entre fígado e diafragma - Fonte: acervo dos autores.



Figura 4. Implantes em alças intestinais e loja de líquido ascítico em oco pélvico - Fonte: acervo dos autores.

Paciente evoluiu estável no pós-operatório, em condições de alta hospitalar no dia seguinte à laparoscopia. Após duas semanas, em consulta de retorno ao ambulatório do serviço de Cirurgia Geral deste hospital, tivemos acesso aos exames resultantes da laparoscopia. A análise bioquímica do líquido ascítico revelou Gradiente de Albumina Soro-Ascite (GASA) de 0,86, o que confirma doença primária do peritônio; a dosagem do ADA foi indetectável e a pesquisa de células neoplásicas foi negativa na amostra.

O exame histopatológico evidenciou frequentes granulomas com células gigantes tipo Langhans e necrose central. A pesquisa de BAAR foi negativa nas amostras, sendo o laudo conclusivo de “Peritonite crônica granulomatosa, compatível com tuberculose” (Figura 5). Conduziu-se ao encaminhamento da paciente para o Centro de Saúde da Família da sua área de abrangência para o início do tratamento padrão de tuberculose extrapulmonar – rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, duração de 6 meses. Marcamos retorno ambulatorial para avaliar a resposta clínica ao tratamento.

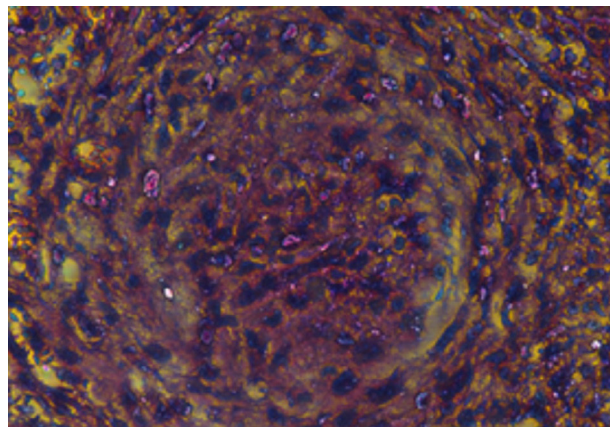


Figura 5. Célula gigante do tipo Langhans (aumento de 40X) - Fonte: acervo dos autores.

Em retorno ao ambulatório de Cirurgia Geral 45 dias após o início do tratamento, paciente relatou remissão completa do quadro de febre e dor abdominal, além de ganho ponderal de 12 Kg desde a alta hospitalar. Ausência clínica e laboratorial de quaisquer efeitos adversos às drogas tuberculostáticas. O sucesso terapêutico corroborou ainda mais o diagnóstico de tuberculose peritoneal de um caso atípico, por se tratar de paciente jovem, previamente hígida e imunocompetente.

DISCUSSÃO

A tuberculose peritoneal costuma se apresentar com sintomas e sinais inespecíficos. Em série de 49 pacientes, estratificou-se os principais sintomas e achados de imagem das formas abdominais de tuberculose. Febre (75%), dor abdominal (65%) e perda ponderal (36%) foram os sintomas mais comuns. Acometimento peritoneal (37%), doença linfonodal (23%), trato gastrointestinal (19%) e órgãos sólidos (10%) foram avaliados por exames de imagem, sendo o íleo terminal e a região ileocecal os sítios mais comuns do trato digestivo (50%).⁶

A implantação peritoneal da tuberculose pode ocorrer em qualquer sítio do peritônio, meso ou omento, através da via hematogênica, rotura linfonodal, disseminação gastrointestinal ou tubária.⁷ No caso de nossa paciente, chama a atenção a manifestação mista de acometimento linfonodal e peritoneal. Os sintomas, como na maioria dos casos, foram inconclusivos, sendo necessária uma investigação complementar detalhada.

Embora haja sobreposição de achados, a tuberculose peritoneal pode ser classificada em três subtipos, de acordo com seu aspecto macroscópico: molhada – presença de ascite livre ou loculada, associada ou não com espessamento peritoneal; seca – espessamento peritoneal e mesentérico, com presença de nódulos caseosos, linfonodomegalias e adesões fibróticas; fibrótica – caracterizada por acentuado espessamento omental, múltiplas aderências de alças intestinais, podendo haver presença de ascite loculada.^{8,9}

Embora possua o achado de ascite pélvica, a paciente do relato pode ser categorizada como “seca”, tendo em vista

a riqueza de implantes caseosos na cavidade abdominal. O diagnóstico costuma ser difícil e na maioria das vezes realizado tardiamente, com cerca de 70% dos pacientes já apresentando sintomas pelo menos 4 meses antes da confirmação clínica,¹⁰ tendo em vista a inespecificidade dos achados clínicos.

Punção do líquido ascítico com análise bioquímica, cálculo do Gradiente de Albumina Soro-Ascite (que costuma ser menor que 1,1), dosagem do ADA (Adenosina D-Aminase), bacterioscopia, cultura para BAAR e métodos de imagem como tomografia computadorizada são exames utilizados. Entretanto, na maioria das vezes o diagnóstico só é possível pela biópsia do peritônio por laparoscopia, 100% sensível para o achado de granulomas caseosos, sendo positiva com o encontro do BAAR em 74% dos casos.¹¹

O tratamento da tuberculose peritoneal segue os mesmos princípios de seleção e de tempo da tuberculose pulmonar. A febre geralmente se resolve dentro da primeira semana após o início do tratamento. Em mais de 90% dos casos, a ascite costuma melhorar dentro de algumas semanas.¹² A resposta clínica da paciente do relato foi excelente, com remissão completa dos sintomas e ganho ponderal significativo em menos de um mês do início do tratamento tuberculostático. Trata-se de um caso com diagnóstico tardio, cujo sucesso terapêutico teve influência de fatores como idade, ausência de comorbidade ou imunossupressão.

CONCLUSÕES

A tuberculose é uma doença com alta incidência em nosso meio, sendo pouco frequente o acometimento das estruturas intra-abdominais e ainda mais raro em pacientes jovens sem comorbidades ou imunodeficiência. Quando se manifesta no peritônio, costuma ter diagnóstico dificultado pelas manifestações clínicas inespecíficas, o que justifica sua alta morbimortalidade. Concluiu-se que a tuberculose peritoneal deve sempre ser lembrada como diagnóstico diferencial de manifestações abdominais inespecíficas e arrastadas. A propedêutica diagnóstica deve ser ampla e, sempre que possível, contar com o histopatológico através da laparoscopia, que define o diagnóstico na quase totalidade dos casos, resultando em tratamento mais precoce e consequente melhoria do prognóstico para o paciente.

REFERÊNCIAS

1. López Rodríguez R, Campos Franco J, Lado Lado FL, Alende Sixto MR, González Quintela A. [Tuberculous peritonitis: a Third World's disease?]. *An Med Interna*. 2004;21(7):331-3. [Article in Spanish]
2. Gulati MS, Sarma D, Paul SB. CT appearances in abdominal tuberculosis. A pictorial essay. *Clin Imaging*. 1999;23(1):51-9.
3. Wanderley BR, Maquiné GA, Vieira GN, Tallo FS, Lopes RD, Lopes AC. Peritoneal tuberculosis: a differential diagnosis in acute abdomen. Case report. *Rev Bras Clin Med*. 2012;10(6):544-6.
4. Chow KM, Chow VC, Hung LC, Wong SM, Szeto CC. Tuberculous peritonitis-associated mortality is high among patients waiting for the results of mycobacterial cultures of ascitic fluid samples. *Clin Infect Dis*. 2002;35(4):409-13.
5. Fonseca LG, Campos FPF, Felipe-Silva A. Tuberculose peritoneal: experiência em um hospital geral. *Autopsy Case Rep*. 2011;1(2):3-9.
6. Sinan T, Sheikh M, Ramadan S, Sahnay S, Behbehani A. CT features in abdominal tuberculosis: 20 years experience. *BMC Med Imaging*. 2002;2(1):3.
7. Burrill J, Williams CJ, Bain G, Conder G, Hine AL, Misra RR. Tuberculosis: a radiologic review. *Radiographics*. 2007;27(5):1255-73.
8. Mimica M. Usefulness and limitations of laparoscopy in the diagnosis of tuberculous peritonitis. *Endoscopy*. 1992;24(6):588-91.
9. Sanai FM, Bzeizi KI. Systematic review: tuberculous peritonitis--presenting features, diagnostic strategies and treatment. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;22(8):685-700.
10. Lisehora GB, Peters CC, Lee YT, Barcia PJ. Tuberculous peritonitis--do not miss it. *Dis Colon Rectum*. 1996;39(4):394-9.
11. Chow KM, Chow VC, Hung LC, Wong SM, Szeto CC. Tuberculous peritonitis-associated mortality is high among patients waiting for the results of mycobacterial cultures of ascitic fluid samples. *Clin Infect Dis*. 2002;35(4):409-13.
12. Mehta JB, Dutt A, Harvill L, Mathews KM. Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis. A comparative analysis with pre-AIDS era. *Chest*. 1991;99(5):1134-8.