

Linfadenite abdominal como forma de apresentação de tuberculose

Tuberculosis presenting with abdominal lymphadenitis

Rui Garcia*, Jorge Velez**, Conceição Reis***, Armando Porto§

Resumo

A tuberculose é uma infecção bacteriana pleomórfica, podendo atingir qualquer tecido ou órgão. O caso clínico relata uma situação que implicou grandes dificuldades de diagnóstico diferencial, sobretudo pela diferente interpretação dos exames auxiliares de diagnóstico. Apesar disso, e após a determinação do diagnóstico certo, instituiu-se um esquema terapêutico segundo as normas aceites e recomendadas, encontrando-se o doente bem.

Palavras chave: Linfadenite abdominal, Tuberculose Extra-pulmonar, Diagnóstico Diferencial

Abstract

Tuberculosis may target any organ or system and present as many clinical syndromes. The differential diagnosis was the main difficulty in the clinical case described, particularly due to different interpretation of imagiologic exams. In spite of this, after establishing a diagnosis, the patient improved with treatment, prescribed in accordance with established and accepted guidelines.

Key words: Abdominal lymphadenitis, Extra-pulmonary Tuberculosis, Differential Diagnosis

Introdução

A linfadenopatia é uma manifestação bastante frequente, que impõe diagnóstico diferencial muito vasto. A maioria das situações é benigna e auto-limitada, correspondendo a maior parte das vezes a infecções virusais.^{1,2} A clínica é vasta, dependendo de factores como antecedentes pessoais e familiares, localização e número das adenomegalias, e patologias concorrentes. Sendo assim, será sempre necessário pesquisar, para além das causas infecciosas, as neoplasias, sobretudo hematológicas, as patologias metabólicas, as reacções de hipersensibilidade e as doenças auto-imunes.²

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 30 anos, raça negra, natural e residente em Gouveia, operador de computador, enviado à consulta, em Agosto de 2002, por um quadro, com 4 meses de evolução, de emagrecimento,

enfartamento pós-prandial precoce, diminuição do apetite, sudorese nocturna e cefaleias. Inicialmente não se detectaram quaisquer alterações ao exame objectivo. Os antecedentes pessoais e familiares não eram significativos. Uma ecografia abdominal (Fig. 1) relatava fígado normal, múltiplas formações nodulares sólidas, heterogéneas, com áreas de provável necrose, podendo corresponder a adenopatias. Foram colocadas inicialmente as seguintes hipóteses de diagnóstico: neoplasia do pâncreas, linfoma ou metastização de neoplasia oculta. Realizou-se uma TC abdominal (Fig. 2) que revelou um nódulo hipodenso, com 1,5 cm de diâmetro, à periferia do lobo esquerdo do fígado, e uma formação tumoral heterogénea com áreas líquidas de limites pouco definidos, envolvendo as estruturas vasculares do hilo hepático, levantando a hipótese de cistadenocarcinoma do pâncreas. Na tentativa de caracterizar melhor a lesão, efectuou-se uma endoscopia digestiva alta, que não revelou quaisquer alterações. A ecoendoscopia com punção biopsia revelou uma formação com cerca de 6 cm de maior eixo, textura irregular, com áreas hipocogénicas podendo corresponder a necrose, localizada entre o hilo hepático e a cabeça do pâncreas.

Em Outubro de 2002 uma nova ecografia abdominal (Fig. 3) mostrou uma formação sólida com áreas heterogéneas, envolvendo as estruturas hilares, com compressão do lobo caudado, e uma formação

*Interno do Internato Complementar de Medicina Interna

**Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna

***Chefe de Serviço de Medicina Interna

§ Director de Serviço de Medicina Interna, Professor Catedrático da FMUC

Serviço de Medicina 3 dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Recebido para publicação a 22.03.04

Aceite para publicação a 28.11.06

sólida ovalada de 2,7 cm de maior eixo, podendo corresponder a um conglomerado adenopático com áreas de necrose. Numa nova TC abdominopélvica (Fig. 4) com contraste foi relatada uma volumosa massa heterogénea lobulada, com áreas hipodensas relacionadas com necrose, com cerca de 9x4,9 cm, condicionando desvios da cabeça do pâncreas e processo uncinado, envolvendo estruturas vasculares do hilo hepático, podendo corresponder a volumoso conglomerado adenopático, bem como múltiplas adenopatias mesentéricas.

O doente mantinha dor abdominal difusa, tipo moedouro, astenia e emagrecimento, com dor ligeira à palpação abdominal. A prova de Mantoux foi negativa. O estudo hematológico não revelou quaisquer alterações.

Por não ter sido possível caracterizar histologicamente as massas abdominais propôs-se o doente para laparotomia exploradora, tendo as biópsias excisionais de gânglios peri-cava e hilo hepático e do peritoneu revelado linfadenite granulomatosa, com granulomas coalescentes, constituídos por células epitelióides, células gigantes de Langhans e alguns



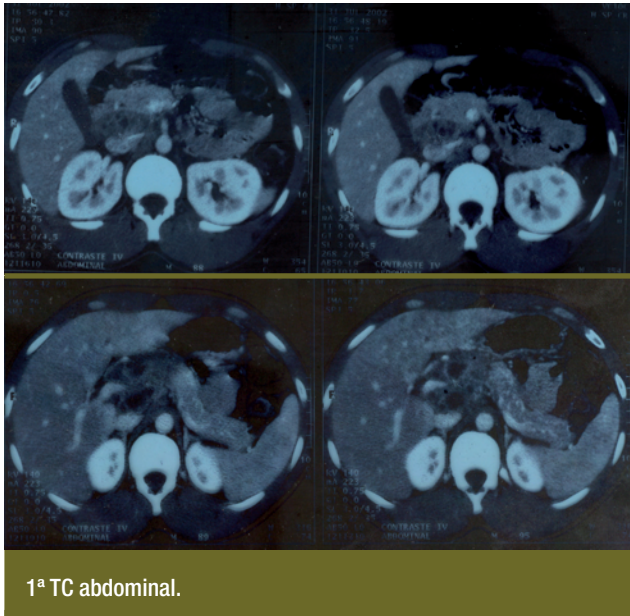
1ª Ecografia abdominal.

FIG. 1

com necrose caseosa central, não se observando bacilos ácido-álcool resistentes, e fragmentos peritoneais com processo inflamatório granulomatoso. Foi então feito o diagnóstico de linfadenite e peritonite granulomatosa, compatível com tuberculose.

Estabeleceu-se o tratamento preconizado nestas situações^{3,4} com dois meses de Rifampicina 600 mg, Pirazinamida 1500 mg, Isoniazida 300 mg e Etambutol 1200 mg, e 7 meses de terapêutica com Isoniazida 300 mg e Rifampicina 600 mg. O doente

DIOVAN



1ª TC abdominal.

FIG. 2



2ª Ecografia abdominal.

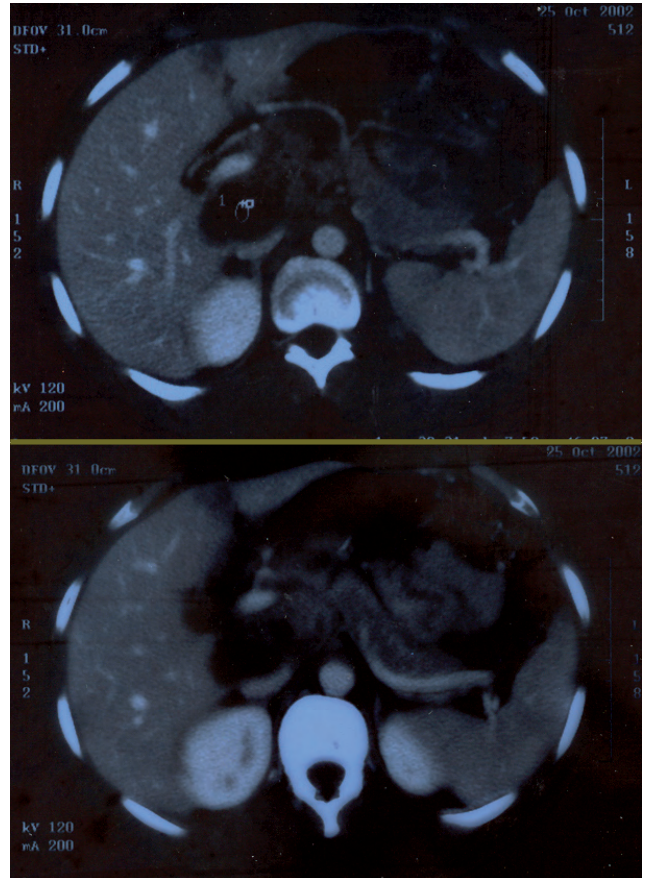
FIG. 3

foi orientado para o SLAT da Guarda, onde é vigiado. Em consulta de seguimento registou-se melhoria do estado geral do doente, com ganho ponderal e alívio da dor abdominal.

Cerca de 1,5 meses após a intervenção cirúrgica o diagnóstico foi confirmado pela identificação do *Mycobacterium tuberculosis* na cultura do material biopsado.

Discussão

O ser humano é o único reservatório natural para o *M. tuberculosis*.^{1,5} A exposição dá-se geralmente por contacto com aerossóis libertados por doentes bacilí-



2ª TC abdominal.

FIG. 4

feros. Desenvolve-se uma reacção anti-bacilar por intermédio de macrófagos que transportam as bactérias até gânglios linfáticos. Podem, então, desenvolver-se vários cenários em que os bacilos:

- São eliminados pelo sistema imunitário;
- Multiplicam-se, desenvolvendo primo-infecção;
- Mantêm-se quiescentes e assintomáticos;
- Sofrem reactivação após um período de latência.

A tuberculose pode atingir vários tecidos ou órgãos,^{1,3,5} sendo o mais frequentemente atingido o pulmão. Outras formas descritas são a meníngea, óssea, genito-urinária, gastrointestinal e a linfadenite tuberculosa. No caso desta última apresentação o local mais afectado é a cadeia latero-cervical, com maior incidência unilateral, ocorrendo geralmente 6 a 9 meses após uma primo-infecção. O atingimento de cadeias mais profundas dá-se, sobretudo, no contexto de tuberculose miliar e acompanha-se de hepatoesplenomegalia.

O caso apresentado mostrou-se intrigante, pois a história do doente não revelava antecedentes pessoais ou familiares de tuberculose, nem de contactos com doentes com tuberculose. Também não se registaram comportamentos de risco. A prova de Mantoux negativa também não permitiu suspeitar de uma tuberculose.

O diagnóstico foi tardio, por se observarem resultados e interpretações diferentes em exames imagiológicos semelhantes ou com grau de acuidade diferentes. Apesar de nas duas ecografias abdominais se visualizarem adenopatias com áreas de necrose, a sua extensão e organização diferiam. A 1ª TC abdominal revelou imagens semelhantes, levantando a hipótese de se tratar de um adenocarcinoma da cabeça do pâncreas. Já na 2ª TC a interpretação foi diferente, mais concordante com as ecografias, apontando para um conglomerado adenopático.

Estas diferenças entre os 1ºs exames imagiológicos e os 2ºs, efectuados cerca de 4 meses depois, podem significar uma progressão da doença, corroborada pela manutenção da clínica, com a coalescência das adenopatias, mais evidente nos exames posteriores, bem como a detecção de mais adenopatias mesentéricas.

Este quadro exigia um diagnóstico histológico das adenopatias detectadas. As tentativas de biopsias guiadas por TC e por ecoendoscopia revelaram-se infrutíferas. Somente a biopsia excisional por laparotomia permitiu extrair material para o diagnóstico definitivo, histológico e bacteriológico.

A terapêutica instituída baseou-se nos consensos actuais para tuberculose^{4,5} extra-pulmonar, no nosso caso linfadenite e peritonite tuberculosa, com terapêutica múltipla durante 9 meses, divididos num período de 2 meses com terapêutica diária com 4 tuberculostáticos, seguido de um período de 7 meses com apenas dois deles.

Conclusão

Tratou-se de um caso com uma apresentação pouco específica e com um achado ecográfico inicial de adenopatias peri-hepáticas. O diagnóstico diferencial de linfadenopatias abdominais foi difícil, pois a história clínica não revelava pistas para um diagnóstico mais evidente, os testes hematológicos, serológicos e bioquímicos também não apontavam para uma causa específica, tal como os exames imagiológicos. Foi necessário recorrer a biopsias excisionais, para se aquilatar da natureza das adenopatias e instituir um

plano terapêutico, que se revelou eficaz, com melhoria clínica do doente.

Continua a tuberculose a ser a eterna mimetizadora! ■

Bibliografia

1. Raviglione M, O'Brien R. Tuberculosis; Principles of Internal Medicine, 15th edition 2001: 1024-1035.
2. Henry P, Longo D. Enlargement of Lymph nodes and Spleen; Principles of Internal Medicine, 15th edition 2001: 360-365.
3. Jasmer RM, Nahid P, Hopewell PC. Latent Tuberculosis Infection; N Eng J Med 2002; 347:1860-1866.
4. Small PM, Fujiwara PI. Medical Progress- Management of Tuberculosis in the United States; N Eng J Med 2001;345:189-200.
5. Batra V, Y Ang J. Tuberculosis; www.emedicine.com, updated 2002.