

Tuberculose gastrointestinal (duodeno) associada à pseudotumor pancreático e infiltrado pulmonar micronodular: relato de caso

Gastrointestinal (duodenum) tuberculosis associated with pancreatic pseudotumor and micronodular pulmonary infiltrate: a case report

Clara Miceli Alves¹, Luciana Rego²

RESUMO

Relato de caso de um paciente admitido no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho com suspeita de neoplasia pancreática, sem diagnóstico histopatológico, onde foi realizada biópsia duodenal e Tomografia Computadorizada (TC) de tórax e abdome, tendo como diagnóstico presuntivo final tuberculose pancreática com acometimento pulmonar (tuberculose miliar) e confirmado de tuberculose duodenal. No presente manuscrito abordaremos os principais aspectos de tuberculose pancreática, uma entidade rara e com poucos casos descritos na literatura. Discutiremos a importância de exclusão de algumas patologias na suspeita de neoplasia pancreática.

Palavras-Chave: Tuberculose. Pâncreas. Insulinoma.

ABSTRACT

We present the case report of a patient admitted to the Hospital Universitário Clementino Fraga Filho with suspected pancreatic neoplasm, with no histopathological diagnosis. A duodenal biopsy and CT scan of the thorax and abdomen were previously performed and the final presumptive diagnosis was pancreatic tuberculosis with pulmonary (Miliary tuberculosis) and confirmed duodenal involvement. In this manuscript we will discuss the main aspects of pancreatic tuberculosis, a rare entity with few cases described in the literature. We will discuss the importance of excluding some pathologies in the suspicion of pancreatic neoplasm.

Keywords: Tuberculosis. Pancreas. Insulinoma.

Introdução

A Tuberculose Gastrointestinal não deve ser considerada uma patologia rara apesar da menor

incidência quando comparada a Tuberculose Pulmonar. O acometimento do trato gastrointestinal ocorre por ingestão de escarro contaminado, disseminação hematogênica ou por contiguidade de órgãos

- Residente de Clínica Médica, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro
- Orientadora, UFRJ, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ.

CORRESPONDÊNCIA:
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ.
Rua Rodolfo Paulo Rocco, 255, Ilha do Fundão
Rio de Janeiro - RJ.

Recebido em 21/06/2017
Aprovado em 26/10/2017

adjacentes, podendo ter diagnóstico presuntivo caso o paciente apresente lesão pulmonar com padrão miliar.¹ A tuberculose pancreática é uma doença rara na população geral e deve ser investigada em pacientes jovens com lesão pancreática e sintomas constitucionais. Cabe ressaltar a importância de excluir outras patologias não malignas frente a um tumor pancreático. Neste relato abordaremos o caso de um paciente jovem com tuberculose duodenal confirmada por biópsia, associada a infiltrado pulmonar de aspecto miliar e massa pancreática.

Caso Clínico

Paciente sexo masculino, 50 anos, sexo masculino e natural do Rio de Janeiro. Apresentava perda ponderal não quantificada há cerca de sete meses, associado a desconforto abdominal difuso, não relacionado à alimentação e de evolução progressiva. Quadro de icterícia iniciado quatro dias antes da internação, associado à piora da dor abdominal. Foi encaminhado à Emergência por conta de história adicional de febre (temperatura máxima aferida em domicílio: 39º C nos últimos dois dias antes da admissão, além de episódios eventuais de vômitos pós-prandiais, não caracterizados. Nega colúria ou acolia

fecal, sintomas de hipotensão ou baixo débito. Por conta de suspeita de colangite, foi iniciado tratamento empírico com Metronidazol e Ceftriaxone.

Nega uso crônico de medicamentos. Refere etilismo prévio (cerca de uma caixa de cerveja por dia). Nega tabagismo e refere tuberculose pulmonar tratada há 17 anos por seis meses.

Exames laboratoriais revelaram aumento de bilirrubina total à custa de bilirrubina direta, além de aumento de enzimas canaliculares e transaminasas. Associado, apresentava hiponatremia, hipoproteinemia e anemia normocítica e normocrônica.

Realizada Tomografia Computadorizada (TC) de tórax que evidenciou opacidades randômicas, infiltrado micronodular, árvore em brotamento na língula e espessamento nodular pleural em base direita, com lesões pulmonares (infiltrado micronodular) que poderiam sugerir implantes secundários ou tuberculose miliar (Figuras 1 e 2). Na TC de abdome foi observada dilatação do ducto pancreático principal (Figura 3), líquido perivesicular (Figura 4), líquido livre na pelve, massa pancreática com impregnação homogênea em meio de contraste medindo 3,8cm X 3,7cm e adensamento de gordura ao redor da massa (Figura 5).

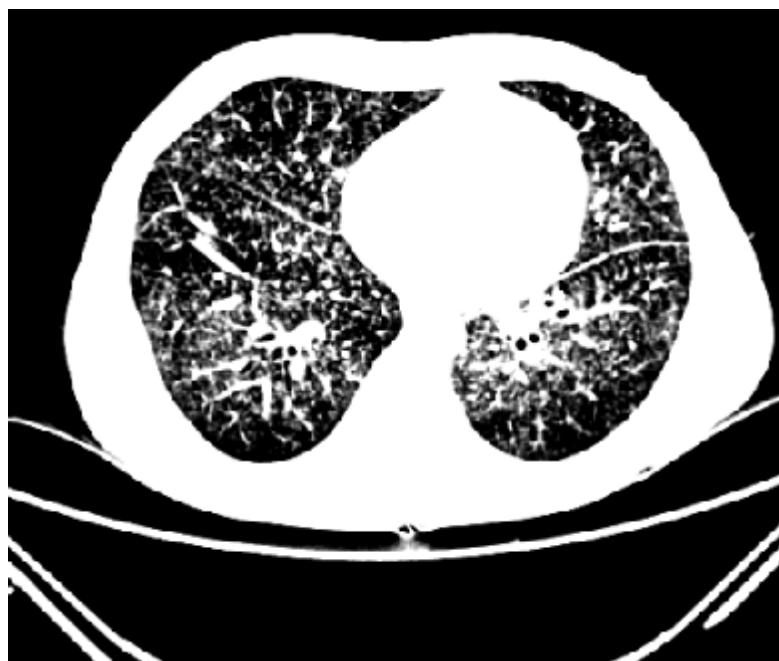


Figura 1: Opacidades randômicas e infiltrado com aspecto micronodular.

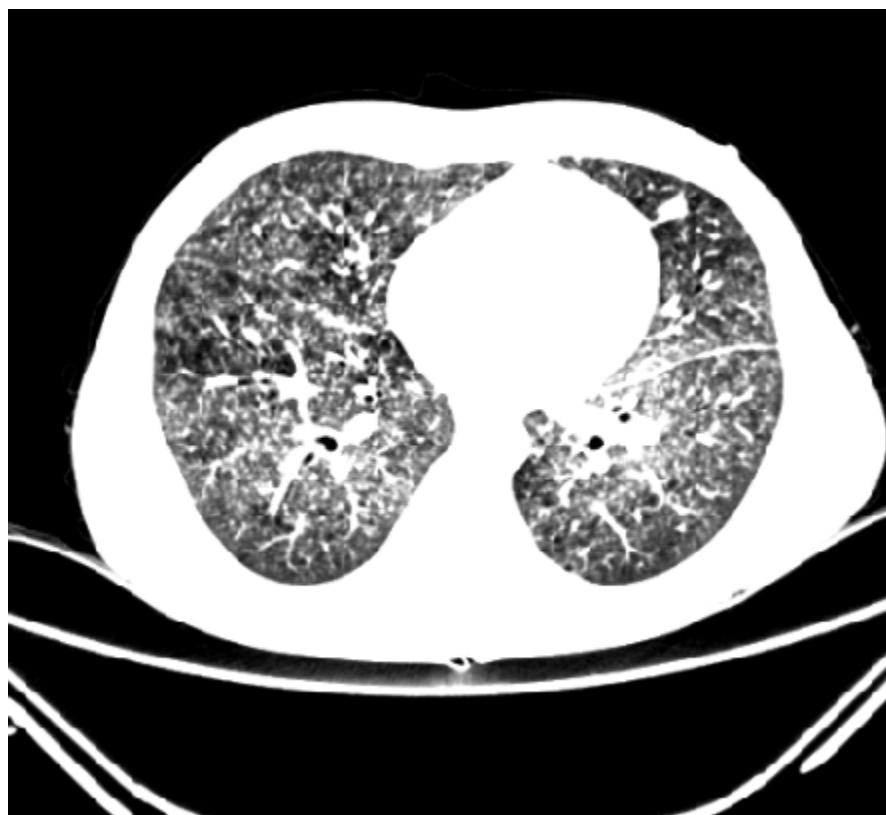


Figura 2: infiltrado com aspecto micronodular.

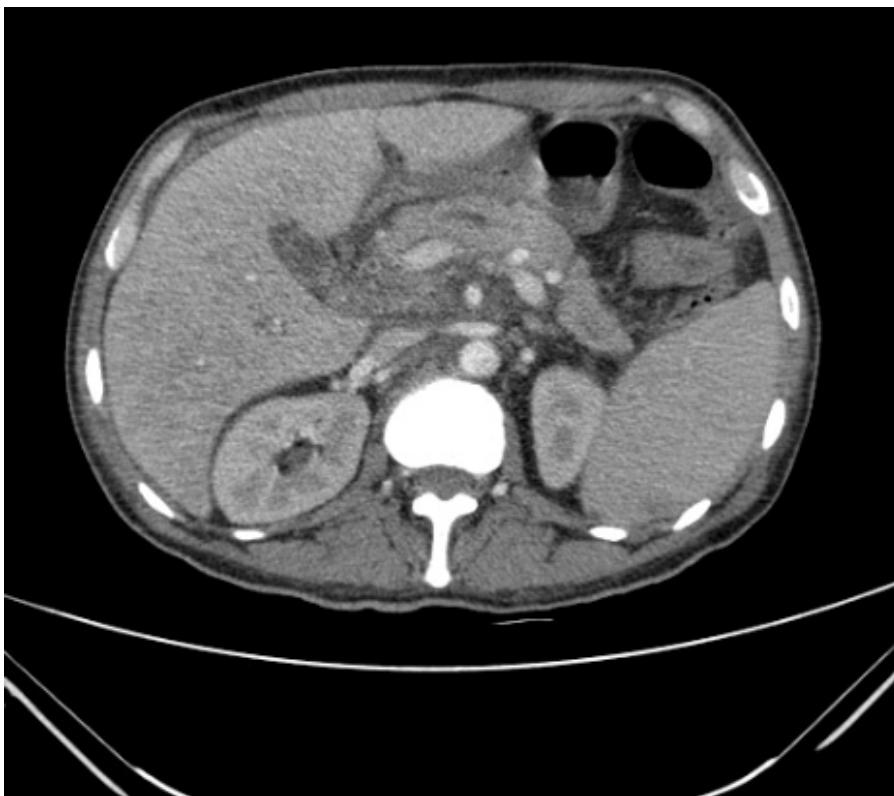


Figura 3: Dilatação do ducto pancreático principal.

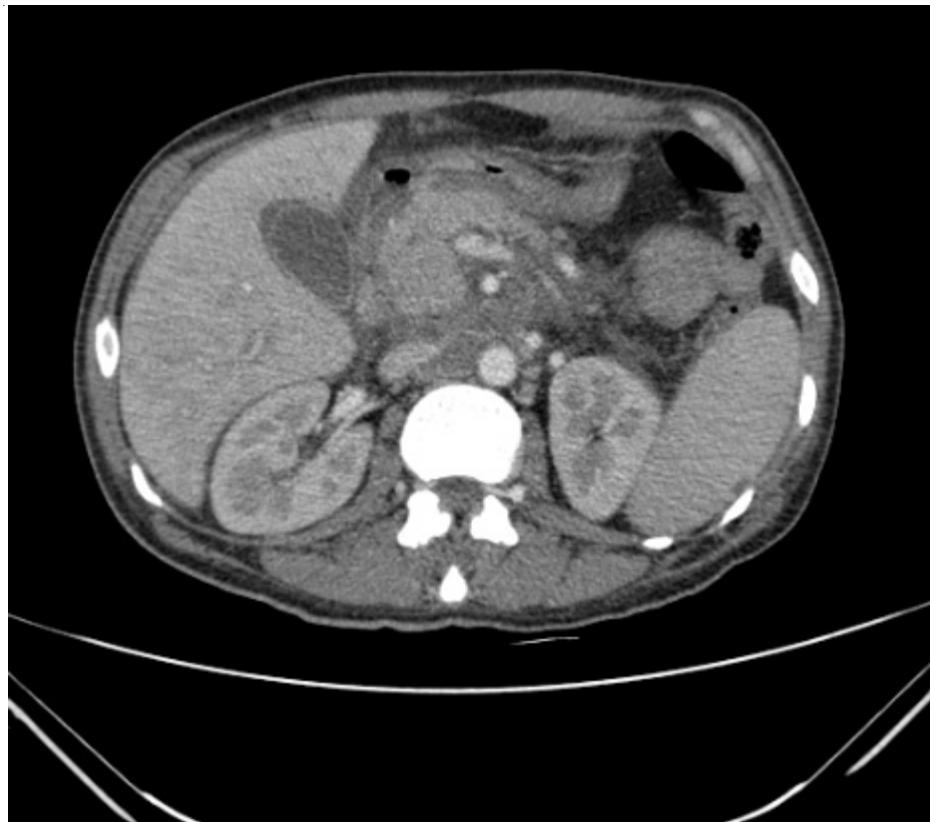


Figura 4: Liquido perivesicular.



Figura 5: Massa pancreática 3,8cm X 3,7cm e adensamento de gordura ao redor da massa.

Paciente foi submetido a colangiopancreatografia endoscópica retrógrada com biópsia de duodeno. Introduzido videoduodenoscópio até segunda porção duodenal, onde se observa grande abaulamento em segunda porção duodenal e aspecto infiltrativo em região da papila de Vater. Devido à estenose duodenal não foi possível acesso a via biliar.

A antibioticoterapia foi suspensa, pois hemoculturas para bactérias foram concluídas negativas. Ao longo dos dois dias de internação hospitalar, o paciente apresentou inúmeros episódios de hipoglicemia, no primeiro dia glicemia de 52mg/dl e nas últimas 24h glicemias de até 40 mg/dl refratárias à administração de soro glicosado. Não foi feito glucagon, pois não estava disponível no Hospital. Paciente apresentou parada cardiorrespiratória realizada manobras de ressuscitação cardiopulmonar por 30 minutos sem sucesso, sendo constatado óbito às 18h 10min ao final do segundo dia de internação hospitalar. Foi conversado exaustivamente com a família sobre necrópsia porém, não tivemos autorização para realização da mesma.

O exame histopatológico de fragmentos do duodeno revelou uma duodenite crônica granulomatosa ulcerada onde foram evidenciados abundantes bacilos álcool ácidos resistentes (BAAR) de localização intersticial. Observaram-se também elementos fúngicos pequenos, arredondados, com brotamentos, difusamente distribuídos. O quadro histopatológico sugere coinfeção por tuberculose e histoplasmose.

Revisão da Literatura

A Tuberculose Gastrointestinal ocorre por ingestão de escarro contaminado, disseminação hematogênica, ou por contiguidade de órgãos adjacentes. A região ileocecal é a mais comumente acometida, apresentando granuloma, necrose caseosa, ulceração mucosa ou lesão pseudotumoral. A Tuberculose Gastrointestinal pode ter diagnóstico presuntivo caso haja acometimento pulmonar com padrão miliar em exame de imagem.¹ Os sintomas mais frequentes são: Dor abdominal crônica (mais comum), anorexia, fadiga, febre, sudorese noturna, perda ponderal e diarreia/constipação.^{2,3}

O primeiro relato de tuberculose pancreática simulando neoplasia pancreática foi descrito por

Auerbach em 1944. A lesão primária pode ser intestinal com envolvimento pancreático através dos linfonodos retroperitoneais.⁴ De 1980 a 2002, somente 50 casos de tuberculose pancreática foram descritos, com 13 simulando neoplasia.⁵

A tuberculose pancreática deve ser considerada em pacientes com lesão pancreática principalmente com sintomas constitucionais e jovens.⁶ Entre 1891 e 1961, Paraf et al.⁷ relataram 11 casos de envolvimento pancreático em necrópsias de indivíduos com tuberculose miliar, encontrando incidência de 2,1% de envolvimento deste órgão.⁸

O Departamento de Patologia da Clínica Mayo com o Departamento de Cirurgia da Universidade Johns Hopkins mostrou que 9,2% das ressecções tipo Whipple por suspeita de malignidade realizada em centros com grande volume de operações pancreáticas, apresentaram histopatologia benigna no estudo anatomo-patológico.⁹ Dessa forma, é de extrema importância a investigação de diagnósticos diferenciais possíveis frente a um aparente tumor pancreático anteriormente à abordagem cirúrgica.

Discussão

A tuberculose intestinal é, em geral, uma complicação da doença pulmonar, porém, pode surgir de forma isolada pela ingestão de leite contaminado (raro atualmente), por disseminação hematogênica ou implante de bacilos de focos contíguos.² Sua incidência vem aumentando na última década.¹⁰ Dados da literatura mostram que 90% dos casos de tuberculose gastrointestinal respondem favoravelmente à terapêutica médica, desde que iniciada precocemente.¹

Durante a revisão de literatura, não encontramos nenhum caso de Tuberculose pancreática com quadro de hipoglicemias importantes como no caso relatado. A tuberculose pancreática é uma entidade rara e com poucos casos descritos, entretanto paciente residia em região com alta incidência de tuberculose, e tendo em vista TC de tórax com infiltrado padrão micronodular e biópsia de duodeno com duodenite crônica granulomatosa ulcerada onde foram evidenciados abundantes BAAR de localização intersticial, a hipótese de tuberculose pancreática com apresentação pseudotumoral se destaca.

Conclusão

A tuberculose gastrointestinal não deve, hoje, ser considerado rara, com o resultado histopatológico da biópsia de duodeno evidenciando abundantes bacilos álcool ácidos resistentes (BAAR) de localização intersticial, a principal hipótese diagnóstica é de tuberculose gastrointestinal por ingestão de escarro contaminado, disseminação hematogênica ou por contiguidade de órgãos adjacentes.

O paciente teve diagnóstico presuntivo de tuberculose pulmonar por infecção primária progressiva ou reativação de foco latente, já que paciente havia tratado quadro de tuberculose pulmonar há 17 anos e apresentava acometimento pulmonar de aspecto micronodular (Tuberculose Miliar). Além de diagnóstico presuntivo de tuberculose pancreática por disseminação subsequente devido à imunossupressão por alcoolismo, apresentando lesão pancreática com aspecto pseudotumoral.

Referências

1. Figueroa D, Guzman N, Carmen Isache C. Tuberculous Enteritis: A Rare Complication of Miliary Tuberculosis Case Report. Infect Dis. 2016; Article ID 6949834.
2. Rubio T, Gaztelu MT, Calvo A, Repiso M, Sarasibar, H, Bermejo FJ, et al. Tuberculosis abdominal. Anales Sis San Navarra 2005; 28: 257-60.
3. Nari GA, Dalale J, Ponce OH, and Yanucci V. Obstrucción intestinal por tuberculosis colónica. Presentación de dos casos. Rev Esp Enferm Dig (Madrid) 2006; 98: 144-50.
4. Auerbach O. Acute generalized miliary tuberculosis. Am J Pathol 1944;20:121-36.
5. Franco-Paredes C, Leonard M, Jurado R, Blumberg HM, Smith RM. Tuberculosis of the pancreas: report of two cases and review of the literature. Am J Med Sci. 2002;323:54- 8.
6. Weiss ES, Klein WM, and Yeo CJ. Peripancreatic tuberculosis mimicking pancreatic neoplasia.; J Gastrointest Surg. 2005;9:254-62.
7. Paraf A, Menanger C, Texier J. La tuberculose du pancreas et la tuberculose des ganglions de l'étage supérieur de l'abdomen. Rev Med Chir Mal Foie. 1996;41:101-26.
8. Faria HP, Alves JT, Villela OCC, França RM, Romeiro MA. Tuberculose pancreática: Relato de caso e revisão da literatura. Radiol Bras. 2007;40:143-5.
9. Abraham SC, Willentz RE, Yeo CJ, Sohn TA, Cameron JL, Boitnott JK, and Hruban RH. Pancreaticoduodenectomy (Whipple resections) in patients without malignancy: are they all "chronic pancreatitis"? Am J Surg Pathol. 2003;27:110-20.
10. Leung VK, Law ST, Lam CW, Luk IS, Chau TN, Loke TK, Chan WH, Lam SH. Intestinal tuberculosis in a regional hospital, a 10 years experience. Hong Kong Med J. 2006; 12: 264-71.