ABDOME AGUDO PERFURADO DEVIDO À POSSÍVEL TUBERCULOSE PERITONEAL: UM RELATO DE CASO

ACUTE PERDURED ABDOME DUE TO POSSIBLE PERITONEAL TUBERCULOSIS: A CASE REPORT

Antonio Simao¹, Felipe Eulalio Pessanha Baldi², Maria Luiza Colodet Caus³, Paola de Araujo Sardenberg Alves³, Pedro Furlan Silott³, Thais Rodrigues Nunes³.

- ¹ Cirurgião Oncológico e Preceptor da Faculdade de Medicina de Campos FMC
- ² Cirurgião do Aparelho Digestivo
- ³ Acadêmico (a) 12º período da Faculdade de Medicina de Campos, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil Email: paola.berg@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Tuberculose é um doença infecto parasitária, transmissível, crescente em países subdesenvolvidos. O principal órgão acometido é o pulmão. Porém, sabe-se que entre as infecções extra pulmonares, a abdominal acontece em cerca de 12% dos casos, sendo o peritônio o principal foco. Objetivo: Descrever um caso de um paciente bacilífero com peritonite submetido a laparotomia exploradora. Descrição: Paciente do sexo masculino, 19 anos, presidiário, com quadro de dor abdominal em cólica em região epigástrica de forte intensidade, tosse produtiva, febre e emagrecimento há 03 meses. Foi identificado ainda hepatomegalia e ascite. Radiografia de tórax evidenciou padrão de tuberculose miliar, associada à pesquisa de BAAR no escarro com resultado positivo. Após internação hospitalar, iniciou esquema RHZE. No terceiro dia, sem melhora do quadro, foi solicitado tomografia computadorizada de abdome com diagnostico de pneumoperitôneo. Sendo submetido então à laparotomia exploradora, que constatou lesões nodulares múltiplas e esbranquiçadas, sugestivo de tuberculose peritoneal. Foi identificado também perfuração em parede anterior do estomago, realizada gastrostomia e encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva para suporte clínico com nutrição parenteral total. No terceiro dia de pós operatório o paciente veio a óbito. Conclusão: A tuberculose peritoneal é uma situação rara com alta morbidade e mortalidade, sendo que o prognóstico depende do diagnóstico e tratamento precoces. Essa patologia deve-se sempre ser lembrada em pacientes que evoluem com hepatoesplenomegalia e ascite, principalmente se já houver foco pulmonar préexistente.

Palavras-chave: tuberculose; pneumoperitônio; abdome agudo perfurado.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis is a parasitic, transmissible, growing infectious disease in underdeveloped countries. The main organ affected is the lung. However, it is known that among the extra pulmonary infections, abdominal surgery occurs in about 12% of the cases, with the peritoneum being the main focus. Objective: To describe a case of a bacillary patient with peritonitis undergoing exploratory laparotomy. Description: Male patient, 19 years old, inmate, with abdominal pain in colic in epigastric region of intense intensity, productive cough, fever and weight loss for 3 months. Hepatomegaly and ascites were also identified. Chest X-ray showed a pattern of miliary tuberculosis, associated with a positive sputum BAAR test. After hospital admission, the RHZE scheme was started. On the third day, without improvement of the picture, abdominal computed tomography with diagnosis of pneumoperitoneum was requested. He was then submitted to exploratory laparotomy, which revealed multiple and whitish nodular lesions suggestive of peritoneal tuberculosis. It was also identified perforation in the anterior wall of the stomach, performed gastrostomy and referred to the Intensive Care Unit for clinical support with total parenteral nutrition. On the third postoperative day, the patient died. Conclusion: Peritoneal tuberculosis is a rare condition with high morbidity and mortality, and the prognosis depends on early diagnosis and treatment. This pathology must always be remembered in patients who evolve with hepatosplenomegaly and ascites, especially if there is already a pre-existing pulmonary focus.

Key Words: Tuberculosis; Pneumoperitoneum; Acute pierced abdomen.

INTRODUÇÃO

Ultimamente têm-se presenciado um acréscimo na incidência da tuberculose pulmonar e extrapulmonar em todo o mundo, principalmente nos países subdesenvolvidos, estando relacionado ao aumento da prevalência de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). 1.2.3 Sendo os pulmões os principais sítios de comprometimento primário, porém a forma extrapulmonar abdominal está presente em cerca de 11-12% dos pacientes. 3

A forma abdominal pode acometer diversas estruturas como o trato gastrintestinal, trato geniturinário, vesícula biliar, aorta e seus ramos, peritônio e linfonodos, havendo frequentemente acometimento concomitante destas estruturas. A tuberculose é uma causa muito comum de inflamação das serosas e, em particular, a peritonite tuberculosa é causa importante de ascite em países em desenvolvimento. ^{3,4}

A doença pode apresentar-se como diagnóstico diferencial de diversas outras condições como linfoma, doença inflamatória intestinal, amebíase, neoplasias, dentre outras. Os achados de imagem não são patognomônicos, entretanto podem ser altamente sugestivos quando conciliados com a apresentação clínica e epidemiológica do indivíduo.^{3,4,5,6}

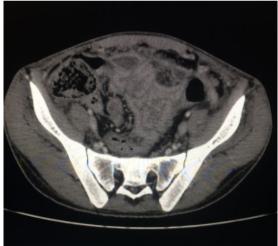
Os autores apresentam, a seguir, um relato de caso de um paciente com tuberculose pulmonar confirmada, que evoluiu com um quadro de abdome agudo perfurado devido a uma peritonite por uma possível tuberculose peritoneal.

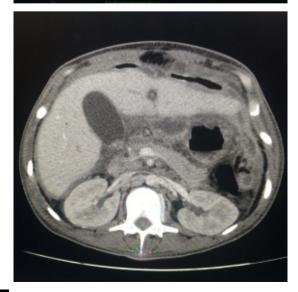
RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 19 anos, presidiário, deu entrada na unidade hospitalar com um quadro de dor abdominal, em cólica, de forte intensidade, em região epigástrica. Referia ainda tosse produtiva, febre e perda ponderal importante há 03 meses. Sendo identificado de alteração no exame físico a presença de hepatomegalia e ascite.

Na unidade foi solicitado a radiografia de tórax (Figura 1) evidenciou um padrão de tuberculose miliar, o qual, foi associada à pesquisa de BAAR no escarro com resultado positivo. Internado na enfermaria de Doenças Infecciosas Parasitárias iniciou antibioticoterapia com esquema RHZE (rifampicina + isoniazida + pirimetamida + etambutol). Sendo, no terceiro dia de internação hospitalar, sem melhora do quadro álgico, solicitado tomografia computadorizada de abdomem (Figuras 2 e 3), a qual foi compatível com pneumoperitôneo.







O paciente foi submetido, então, à laparotomia exploradora, que constatou lesões nodulares múltiplas e brancacentas (Figura 4 e 5), sugestivo de tuberculose peritoneal. No decorrer da cirurgia foi identificado também perfuração em parede anterior do estômago, sendo realizada uma gastrostomia e encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva para suporte clínico com nutrição parenteral total. No terceiro dia de pós operatório o paciente evoluiu com óbito após diagnosticado de pneumonia não respondendo a antibioticoterapia proposta.





DISCUSSÃO

A tuberculose é causa importante de peritonite em todo o mundo, sendo problema significativo em países em desenvolvimento e nos últimos anos, houve um aumento no número total de novos casos. ^{7,8}

A tuberculose peritoneal (TP) representa 1% a 2% de todas as localizações de tuberculose, e 31% a 58% das localizações abdominais da tuberculose, sendo associada com a tuberculose pulmonar em 3,5%

dos casos. Na tuberculose pulmonar a incidência é maior entre os pacientes mais jovens entre 25 e 44 anos nos países em desenvolvimento.⁷

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento da doença destacam-se: uso prolongado de corticosteroides, condições sócio econômicas ruins, com pobre higiene, alcoolismo e cirrose alcoólica.8

Levando em consideração a epidemiologia e os fatores de risco, o paciente relatado no caso enquadra-se no contexto altamente suscetível já que trata-se de um jovem, presidiário, ou seja, deve-se considerar as precárias condições de higiene além de as condições sub humanas de aglomeração.

Além disso, a alta incidência de AIDS entre os presidiários tem que ser levada em conta, já que contribui para a imunodepressão e consequentemente maior incidência de tuberculose.

A TP é causada por várias espécies de bactérias Gram-positivas conhecidas como complexo Mycobacterium tuberculosis. As microbactérias podem infectar o peritônio por diferentes mecanismos, sendo uma das formas a disseminação hematogênica de bacilos de um sítio pulmonar primário da infecção para os focos secundários, como o peritônio. Uma resposta imune ocorre normalmente e a evolução é geralmente para a cura. No entanto, algumas bactérias permanecem silenciosas no peritônio durante meses ou anos. Várias causas podem reduzir as defesas do organismo e causar a reativação dos bacilos e sua multiplicação.8

O paciente em questão apresentava tuberculose pulmonar evidenciada pela Radiografia de tórax com padrão de tuberculose miliar, e confirmada pela positividade da pesquisa de BAAR no escarro. O que sugere que a origem da TP foi, realmente, a tuberculose pulmonar com disseminação hematogênica que pode ter permanecido latente ou manifestado de forma precoce.

A TP é uma doença subaguda e cerca de 70% dos pacientes apresentam os sintomas por mais de quatro meses antes do diagnóstico ser realizado. Os sintomas evoluem frequentemente durante um período longo.8

Os sintomas de apresentação da TP são inespecíficos, o que torna o diagnóstico um desafio.⁸ Na maioria das vezes o início é insidioso, com sintomas de comprometimento sistêmico como febre, emagrecimento, ascite, anemia, tumefação e dor abdominal.⁷

O caso relatado aborda justamente um quadro com três meses de evolução de dor abdominal de forte intensidade, tosse produtiva, febre e emagrecimento, falando a favor de uma doença de manifestação arrastada e pouco definida.

A ascite é o sinal clínico mais comum ocorrendo em 93% dos pacientes, dor abdominal ocorre em 73% dos casos e febre ocorre em 58% dos casos. Outros sintomas incluem sudorese noturna e distensão abdominal que ocorre em pouco menos da metade dos casos. Diarreia também é descrita em até 40% dos pacientes. Também são achados hepatomegalia e esplenomegalia⁸ Os pacientes com tuberculose peritoneal sofrem com frequência de cirrose concomitante, que pode ser incorretamente implicada como fonte da ascite, presente em mais de 95% dos estudos ultra-sonográficos.⁷

Ao exame físico o paciente apresentava ascite e hepatomegalia. Na TP, a ascite geralmente resulta da obstrução linfática peritoneal causada por um bloqueio da reabsorção de fluido peritoneal. Raramente, a ascite pode resultar de hipertensão portal secundária à compressão da veia portal por linfonodos, mas nesse caso teremos uma ascite com características semelhantes às encontradas na hipertensão portal, ao invés da ascite exsudativa linfocítica habitual da tuberculose peritoneal.8

Em pacientes com suspeita de peritonite tuberculosa, a laparoscopia consiste no método definitivo para estabelecimento do diagnóstico.⁷ No caso do paciente relatado, a suspeita de TP foi aventada após a instituição do tratamento para tuberculose pulmonar sem melhora até o terceiro dia. Foi submetido então à laparotomia exploradora, que constatou lesões nodulares múltiplas e esbranquiçadas, sugestivo de tuberculose peritoneal

Em mais de 90% dos pacientes, achados sugestivos incluem nódulos peritoneais característicos visíveis à laparoscopia e granulomas que podem ser documentados por meio de biópsia peritoneal.⁷

O tratamento de primeira linha é com esquema 1 da OMS que inclui isoniazida (INH), rifampicina (RIF), pirazinamida (PZA), etambutol (EMB). Essas medicações são administradas diariamente durante dois meses, seguidas por quatro meses de terapia de combinação isoniazida e rifampicina, semelhante ao tratamento de outras formas de tuberculose. O paciente já estava em esquema RHZE de tratamento assim que confirmou a tuberculose pulmonar, continuando portanto, após a laparoscopia altamente sugestiva de TP.

A resposta favorável ao tratamento resulta na resolução dos sintomas e no desaparecimento de ascite e geralmente é uma resposta relativamente rápida. ⁷ Apesar do paciente em questão ter sido abordado de forma correta tanto em relação a diagnostico quanto tratamento, evoluiu para óbito no terceiro dia pós operatório, além grau de comprometido e evolução da doença, foi diagnosticado com pneumonia não respondendo de maneira favorável ao tratamento estabelecido.

CONCLUSÃO

A tuberculose peritoneal é uma situação rara com alta morbimortalidade, sendo que o prognóstico depende do diagnóstico e tratamento precoces. Essa patologia deve-se sempre ser lembrada em pacientes que evoluem com hepatoesplenomegalia e ascite, principalmente se já houver foco pulmonar préexistente.

REFERÊNCIAS

- 1- Gurkan F, Ozates M, Bosnak M, Dikici B, Bosnak V, Alitas M, et. al. Tuberculous peritonitis in 11 children: clinical features and diagnostic approach. PediatrInt 1999;41:510-3.
- 2-Aston NO. Abdominaltuberculosis. World J Surg. 1997;21:492-9.
- 3-Rocha EL, Pedrassa BC, Bormann RL, Kierszenbaum ML, Torres LR, D'Ippolito G. Tuberculose abdominal: uma revisão radiológica com ênfase em achados de tomografia computadorizada e ressonância magnética. Radiol Bras. Junho 2015; 48(3): 181-191.
- 4-Grisi SJFE, Cardoso AC, Bellizia L, Escobar AMDU. Tuberculose peritoneal: relato de caso e comparação de métodos diagnósticos. Pediatria (São Paulo). 2001; 23(1), 100-5.
- 5-Gulati MS, Sarma D, Paul SB. CT appearances in abdominal tuberculosis. A pictorialessay. ClinImaging. 1999;23:51-9. 6-Lin YS, Huang YC, Lin TY. Abdominal tuberculosis in children: a diagnostic challenge. Journal of Microbiology, ImmunologyandInfection. 2010; 43(3): 188-93.
- 7- Ana PC, Afonso CS, Luana MB, Lisandra AP, Luciana OC, Lorenna CLA. Tuberculose peritoneal: relato de caso. Revista médica de minas gerais. Abril de 2016; 16.2 (26): 112-15.
- 8- Rodrigo ABN. Tuberculose Peritoneal. Disponível em:http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/6803/tuberculose peritoneal.htm>. Acesso em: 16 maio 2017.