

# Tuberculose peritoneal: um diagnóstico diferencial no abdômen agudo. Relato de caso\*

## *Peritoneal tuberculosis: a differential diagnosis in acute abdomen. Case report*

Bruno Rocha Wanderley<sup>1</sup>, Gustavo Ávila Maquiné<sup>2</sup>, George Nobre Vieira<sup>3</sup>, Fernando Sabiá Tallo<sup>4</sup>, Renato Delascio Lopes<sup>5</sup>, Antonio Carlos Lopes<sup>6</sup>

\*Recebido do Serviço de Clínica Médica da Fundação Hospital Adriano Jorge. Manaus, AM.

### RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** O Amazonas é o estado com maior taxa de incidência de tuberculose (TB) no Brasil, com 82,7 casos por 100.000 habitantes. O acometimento peritoneal é raro, com alta morbimortalidade, representando 0,1 a 0,7% de todos os casos. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de abdômen agudo inflamatório secundário a TB peritoneal em paciente jovem imunocompetente.

**RELATO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 33 anos, procedente de Manaus-AM, etilista, com história de TB familiar. Evoluindo há um mês com ascite, astenia, cefaleia, febre vespertina, sudorese noturna, perda ponderal de 10%. Deu entrada no pronto-socorro com dor abdominal suprapúbica e sinais clínicos de irritação peritoneal. Foi submetido à laparotomia exploradora, sendo encontradas diversas lesões nodulares, que foram biopsiadas. O estudo histopatológico revelou formações granulomatosas, necrose caseosa e bacilos álcool-ácidos resistentes, compatíveis com TB peritoneal. As sorologias para vírus da imunodeficiência humana e hepatites B e C foram negativas.

**CONCLUSÃO:** A TB peritoneal é de difícil diagnóstico, devendo ser lembrada como um diagnóstico diferencial em paciente jovem, imunocompetente, com quadro de abdômen agudo inflamatório

procedente de área epidemiológica de alta prevalência para TB.

**Descritores:** Abdômen agudo, Peritônio, Tuberculose, Tuberculose peritoneal.

### SUMMARY

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** The Amazon is the state with the highest incidence rate of tuberculosis (TB) in Brazil with 82.7 cases per 100,000 inhabitants. Peritoneal involvement is rare with high morbidity and mortality, accounting for 0.1% to 0.7% of all cases. The aim of this study was to report a case of acute abdomen secondary to inflammatory peritoneal TB in an immunocompetent young patient.

**CASE REPORT:** Male patient, 33 years old, coming from Manaus, state of Amazonas, alcoholic, with family history of TB. One-month progression with ascites, asthenia, headache, afternoon fever, night sweats, weight loss of 10%. The patient was admitted to the ER with suprapubic abdominal pain and clinical signs of peritoneal irritation. He underwent exploratory laparotomy and several nodular lesions were found which were biopsied. Histopathological examination revealed granulomatous formation, caseous necrosis and acid-alcohol resistant bacilli consistent with peritoneal TB. Serology for human immunodeficiency virus and hepatitis B and C was negative.

**CONCLUSION:** Peritoneal TB is difficult to diagnose and should be included as a differential diagnosis in young, immunocompetent patients coming from epidemiological area of high prevalence of TB with acute abdomen with signs of inflammation.

**Keywords:** Acute abdomen, Peritoneal tuberculosis, Peritoneum, Tuberculosis.

### INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) peritoneal é uma entidade rara, com alta morbimortalidade<sup>1</sup>. De acordo com o Ministério da Saúde, o estado com maior taxa de incidência de TB no Brasil por 100.000 habitantes é o Amazonas (74,79%)<sup>2,3</sup>. Dentre o total de casos diagnosticados de TB extrapulmonar, o comprometimento peritoneal representa 4 a 10% de todos os casos<sup>4,5</sup>, sendo mais comum entre os 35 e 45 anos de idade<sup>6</sup>. O risco é maior em pacientes portadores de hepatopatia crônica, infecção por HIV, Diabetes mellitus, tratamento com anti-TNF, pacientes em diálise peritoneal contínua e a comorbidade mais observada foi o etilismo em 40% dos casos<sup>7-9</sup>. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de abdômen agudo inflamatório secundário a tuberculose peritoneal em paciente imunocompetente.

1. Médico Residente de Clínica Médica da Fundação Hospital Adriano Jorge. Manaus, AM, Brasil

2. Médico Residente de Dermatologia da Fundação Alfredo da Matta. Manaus, AM, Brasil

3. Graduando de Medicina da Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, AM, Brasil

4. Médico Assistente da Unidade de Terapia Intensiva da Disciplina de Clínica Médica da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

5. Professor Adjunto da Divisão de Cardiologia da Duke University. Durham, EUA; Professor Afiliado da Disciplina de Clínica Médica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, SP, Brasil

6. Professor Titular da Disciplina de Clínica Médica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, SP, Brasil

Apresentado em 26 de janeiro de 2012

Aceito para publicação em 19 de julho de 2012

Endereço para correspondência:

Dr. Bruno Rocha Wanderley

Rua Visconde de Laguna, nº 75/301 – Bairro Flores

69058-750 Manaus, AM.

E-mail: bwanderley@hotmail.com

E-mail: talllo@ig.com.br

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 33 anos, pardo, casado, comerciante, procedente de Manaus-AM. Há cerca de 1 mês antes da internação iniciou com ascite, astenia, cefaleia, febre vespertina, sudorese noturna e perda ponderal de 10%. Negava história de tosse, dispnéia ou qualquer outro sintoma respiratório. Apresentava história familiar positiva para TB (irmão). Etilista e tabagista de longa data, sendo o consumo médio de álcool por semana de aproximadamente 784 g por um período de 10 anos e carga tabágica de 40 maços/ano, respectivamente. Relatava ser usuário de drogas ilícitas, já tendo feito uso de tinner, cola, maconha e cocaína. Foi admitido no pronto-socorro (PS) prostrado, hipocorado (2+/4+), febril (38°C), taquicárdico. O exame do precórdio e dos campos pleuropulmonares estava normal. Ao exame físico do abdômen, apresentava dor suprapúbica de forte intensidade, tipo constrictiva, que irradiava para epigástrio e hipocôndrio direito, além de irritação peritoneal (Blumberg positivo) e ascite com piparote positivo. Diante dessas informações clínicas, o paciente foi submetido à laparotomia exploradora com hipótese diagnóstica de abdômen agudo inflamatório a esclarecer. Durante a cirurgia, foram encontradas lesões nodulares em região de apêndice epiloide de cólon ascendente, transverso, epiplon, bem como tumoração em ângulo direito do cólon, sendo biopsiadas. O estudo histopatológico revelou, em todos os fragmentos examinados, formações granulomatosas constituídas por células epitelióides, linfócitos, histiócitos e células gigantes do tipo Langhans à par de necrose caseosa (Figuras 1 e 2), além de bacilos álcool-ácidos resistentes-BAAR (Figura 3), compatíveis com o diagnóstico de TB peritoneal. Após confirmação histopatológica de TB peritoneal, o tratamento foi iniciado com esquema padrão (rifampicina, isoniazida, etambutol e pirazinamida) previsto para 6 meses.

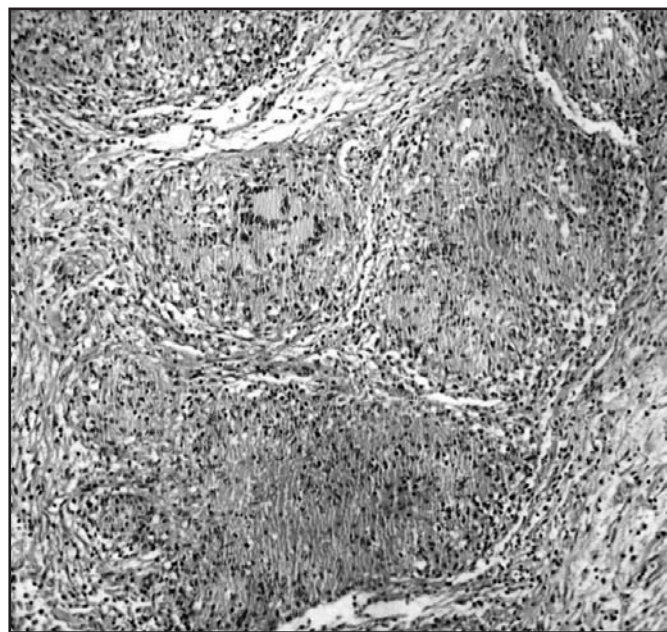


Figura 1 – Formações granulomatosas, células gigantes do tipo Langhans e necrose caseosa à histopatologia de fragmento peritoneal. Objetiva de 40x

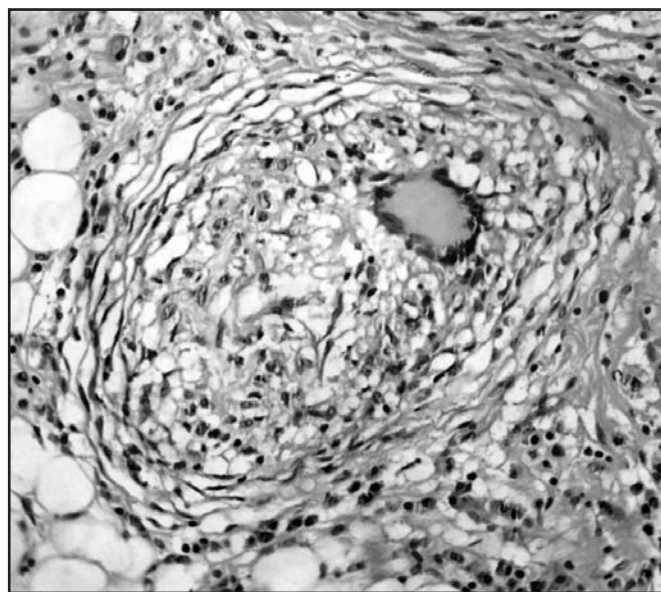


Figura 2 – Célula gigante do tipo Langhans envolta por granuloma. Objetiva de 100x

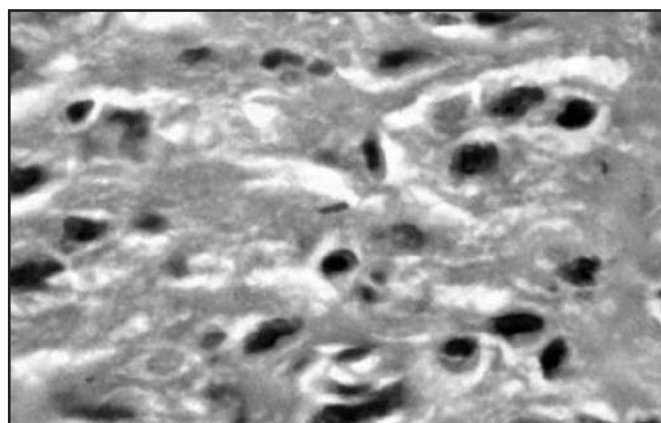


Figura 3 – BAAR à histopatologia de fragmento peritoneal. Objetiva de 400x.

Como investigação adicional, foram solicitadas também pesquisa de BAAR no escarro, sorologias para vírus da imunodeficiência humana (HIV) 1 e 2 e hepatites B e C, todas negativas. Após o início do tratamento, o paciente evoluiu com regressão de todos os sintomas, tendo alta hospitalar e continuando o tratamento em regime ambulatorial.

## DISCUSSÃO

O peritônio é um local incomum de tuberculose extrapulmonar causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*<sup>6</sup>. A TB peritoneal se desenvolve mais comumente a partir da reativação de focos latentes no peritônio, e mais raramente por disseminação transmurais ou contiguidade com a cavidade peritoneal. A apresentação clínica pode ser aguda ou crônica intermitente, sendo os sinais e sintomas inespecíficos como dor abdominal, distensão, febre, anorexia, perda de peso, fraqueza, sudorese e hábitos in-

testinais alterados, sendo o principal achado a ascite<sup>10-12</sup>. Logo, cerca de 70% dos pacientes evoluem com sintomas cerca de quatro meses antes de o diagnóstico ser estabelecido. Isto ocorre devido, em parte, ao início insidioso da doença e a demora na suspeita diagnóstica<sup>13,14</sup>. Pode ser dividida em três tipos: (1) “úmida”, com ascite livre ou loculada; (2) “seca”, com nódulos caseosos e fibrose peritoneal; e (3) fibrótica, com agrupamento de alças, massas omentais e aderências<sup>15,16</sup>. O tipo “úmida” é a forma clínica mais frequente da doença, em que a ascite se desenvolve secundária à “exsudação” de líquido proteináceo dos tubérculos no peritônio, semelhante ao mecanismo que leva à ascite em pacientes com carcinomatose peritoneal. Mais de 90% dos pacientes com TB peritoneal têm ascite no momento da apresentação, enquanto o restante, em fase mais avançada apresenta o tipo “seca” e/ou fibrótica<sup>17-19</sup>. O diagnóstico deve ser investigado em todos os pacientes com ascite linfocítica inexplicável com um gradiente soro-ascite de albumina < 1,1 g/dL. O padrão-ouro é o crescimento da cultura de *Mycobacterium* em líquido ascítico ou uma biópsia peritoneal<sup>16</sup>. Por isso, havendo disponibilidade no serviço, a laparoscopia com biópsia dirigida tem se mostrado o melhor meio para um rápido e específico diagnóstico<sup>10,20</sup>. Normalmente, o peritônio visceral e parietal é repleto de múltiplos nódulos esbranquiçados ou tubérculos. Outros achados incluem linfonodomegalia, aderências em “corda de violino” e espessamento omental<sup>19,21,22</sup>. A biópsia pode revelar granulomas caseosos em 100% dos pacientes e é positiva para bacilos álcool-ácidos resistentes em até 74%<sup>7,18</sup>. O tratamento da TB peritoneal segue os mesmos princípios de seleção e regimes utilizados no tratamento da tuberculose pulmonar. A febre geralmente se resolve dentro de uma semana após iniciar o tratamento antituberculoso. Mais de 90% dos pacientes tiveram melhora da ascite abdominal dentro de algumas semanas<sup>6</sup>. No caso relatado, o paciente apresentou quadro clínico compatível com a doença descrita. No que diz respeito à história epidemiológica, era de área endêmica e contactante de tuberculose. Possuía o etilismo como comorbidade social importante, uma vez já demonstrada por Mehta e col.<sup>6</sup> que 62% dos casos de tuberculose peritoneal ocorreram em doentes com hepatopatia alcoólica. Evoluiu com abdômen agudo inflamatório na admissão do PS, decidindo-se pela laparotomia exploradora como terapêutica inicial. O achado cirúrgico foi compatível com doença granulomatosa crônica do peritônio, sugestivo de peritonite tuberculosa do tipo “úmida”, que foi confirmada pelos achados histopatológicos.

## CONCLUSÃO

A TB é um problema de saúde mundial, onde as formas gastrintestinal e peritoneal permanecem comuns em áreas empobrecidas. No Brasil, o Estado do Amazonas se destaca como principal área de risco<sup>2,3,10,23</sup>. Concluiu-se que a TB peritoneal é de difícil diagnóstico e deve ser sempre lembrada como um diagnóstico diferencial a ser pensado em paciente jovem, imunocompetente, com quadro arrastado de ascite inexplicável, dor abdominal e sintomatologia inespecífica, e que casos não diagnosticados e tratados precocemente podem evoluir com abdômen agudo inflamatório.

## REFERÊNCIAS

- López Rodríguez R, Campos Franco J, Lado Lado FL, et al. Tuberculous peritonitis: a Third World's disease? *An Med Interna*. 2004;21(7):331-3.
- Brasil. Ministério da Saúde. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 5ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Nacional de Saúde; 2002.
- Ruffino Netto A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Situação Atual e Novas Perspectivas. Departamento de Medicina Social/Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. *Informe Epidemiológico do SUS*. 2001;10(3):129-38.
- Demir K, Okten A, Kaymakoglu S, et al. Tuberculous peritonitis--reports of 26 cases, detailing diagnostic and therapeutic problems. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2001;13(5):581-5.
- Sochocky S. Tuberculous peritonitis. A review of 100 cases. *Am Rev Respir Dis*. 1967;95(3):398-401.
- Mehta JB, Dutt A, Harvill L, et al. Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis. A comparative analysis with pre-AIDS era. *Chest*. 1991;99(5):1134-8.
- Chow KM, Chow VC, Hung LC, et al. 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.
- Haas DW, Des Prez RM. Tuberculosis and acquired immunodeficiency syndrome: a historical perspective on recent developments. *Am J Med*. 1994;96(5):439-50.
- Fonseca LG, Campos FPF, Felipe-Silva A. Tuberculose peritoneal: experiência em um hospital geral. *Autopsy Case Rep [Internet]*. 2011;1(2):3-9.
- Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol*. 1993;88(7):989-99.
- Chávez-Tapia NC, Lizardi-Cervera J. Tuberculosis. *Med Sur*. 2002;9:178-87.
- Huamán-López N. Tuberculosis intestinal y peritoneal. *Rev Soc Peru Med Intern*. 2002;15(1):15-25.
- Lisehora GB, Peters CC, Lee YT, et al. Tuberculous peritonitis--do not miss it. *Dis Colon Rectum*. 1996;39(4):394-9.
- Gitt S, Haddad F, Levenson S. Tuberculous peritonitis: an overlooked diagnosis. *Hosp Pract*. 1992;27(1):224-8.
- Mimica M. The usefulness and limitations of laparoscopy in the diagnosis of tuberculous peritonitis. *Endoscopy*. 1992;24(6):588-91.
- Sanai FM, Bzeizi KI. Systemic review: tuberculous peritonitis--presenting features, diagnostic strategies and treatment. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;22(8):685-700.
- Kaya M, Kaplan MA, Isikdogan A, et al. Differentiation of tuberculous peritonitis from peritonitis carcinomatosa without surgical intervention. *Saudi J Gastroenterol*. 2011;17(5):312-7.
- Manohar A, Simjee AE, Haffjee AA, et al. Symptoms and investigative findings in 145 patients with tuberculous peritonitis diagnosed by peritoneoscopy and biopsy over a five year period. *Gut*. 1990;31(10):1130-2.
- Bhargava DK, Chopra P, Nijhawan S, et al. Peritoneal tuberculosis: laparoscopic patterns and its diagnostic accuracy. *Am J Gastroenterol*. 1992;87(1):109-12.
- Kapoor VK. Abdominal tuberculosis. *Postgrad Med J*. 1998;74(874):459-67.
- Uzunkoy A, Harma M, Harma M. Diagnosis of abdominal tuberculosis: experience from 11 cases and review of the literature. *World J Gastroenterol*. 2004;10(24):3647-9.
- Hossain J, al-Aska AK, al Mofleh I. Laparoscopy in tuberculous peritonitis. *J R Soc Med*. 1992;85(2):89-91.
- Horvath KD, Whelan RL. Intestinal tuberculosis: return of an old disease. *Am J Gastroenterol*. 1998;93(5):692-6.