

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TUBERCULOSE PERITONEAL E CARCINOMATOSE PERITONEAL

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS BETWEEN PERITONEAL TUBERCULOSIS AND PERITONEAL CARCINOMATOSIS

LAURA PIRES **LAGE**^{1*}, PABLO MARTINS **CHAVES**¹, ANABELY AMARAL DE **OLIVEIRA**¹, GABRIELA GARCIA MARTINS **PERES**¹, LUMA LORRAINE DOS REIS **SOUZA**¹, FABRÍCIO PIRES **CORREIA**², ANDREA LEHNEN **MICHELETE**³

1. Acadêmicos do curso de graduação do curso Medicina da Faculdade de Minas Faminas Belo Horizonte; 2. Médico pela Faculdade de Medicina de Valença, Membro do Colégio Brasileiro de Cirurgia, Preceptor do Internato de Urgência e Emergência da Faculdade Faminas Belo Horizonte, orientador; 3. Médica Residente de Cirurgia Geral do Hospital Santa Casa de Misericórdia Belo Horizonte.

*Rua Rio de Janeiro, 909, Centro, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 30160-041. laurapireslage@gmail.com

Recebido em 28/05/2018. Aceito para publicação em 18/06/2018

RESUMO

Ao acometer e gerar inflamação das serosas, a Tuberculose pode se apresentar como um foco extrapulmonar raro, denominado Tuberculose Peritoneal. Sua incidência eleva-se em países ocidentais e está relacionada principalmente à coinfeção com o HIV. Sua sintomatologia exige diagnóstico diferencial com várias outras doenças crônicas abdominais, sendo necessário padrões-ouro de diagnóstico, como a análise do crescimento da cultura em líquido ascítico ou uma biópsia peritoneal. O caso clínico abaixo diz respeito a um paciente, sexo masculino, 56 anos com uma síndrome consumptiva à esclarecer, associada a um abdome ascítico há 40 dias. A propedêutica clínica, associada aos exames laboratoriais e de imagem corroboravam para a presença de um dos principais diagnósticos diferenciais da doença: a Carcinomatose Peritoneal. A dúvida diagnóstica, porém, proporcionou a realização de uma laparotomia exploradora a fim de melhor estudo anatomo-patológico e microbiológico da lesão, que demonstrou uma amostra compatível de Tuberculose Peritoneal.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose Peritoneal, Carcinomatose Peritoneal, Ascite

ABSTRACT

By becoming inflamed and generating serous inflammation, Tuberculosis may present as a rare extrapulmonary outbreak called Peritoneal Tuberculosis. Its legislation is in Western countries and is mainly related to HIV coinfection. Its symptomatology is the shock of the diagnosis with the disastrous abdomen, with the use of gold diagnostic criteria as an analysis of the growth of the culture in ascitic level or a peritoneal biopsy for its accomplishment. The clinical case refers to a male patient, 56 years old with a constipation syndrome to be diagnosed associated with an ascitic abdomen for 40 days. The clinical propaedeutics, associated to laboratory and imaging examinations corroborate the presence of the main differential diagnoses of the disease: a Peritoneal Carcinomatosis. The diagnostic evaluation, however, provided an exploratory laparotomy for the purpose of a better anatomical-pathological and microbiological study of the

lesion, which demonstrated a compatible sample of Peritoneal Tuberculosis.

KEYWORDS: Peritoneal Tuberculosis, Peritoneal Carcinomatosis, Ascitic.

1. INTRODUÇÃO

Apesar de ser uma causa comum de inflamação de serosas, a tuberculose pode se apresentar em um foco extrapulmonar raro, como a Tuberculose Peritoneal. A doença ocorre por reativação de um foco peritoneal secundário à disseminação hematogênica de um foco pulmonar primário.

Estima-se que o comprometimento peritoneal represente 0,1 a 0,7% de todos os casos diagnosticados de tuberculose¹. Observa-se um aumento da incidência de formas extrapulmonares de tuberculose em países ocidentais, relacionado principalmente à coinfeção com o vírus HIV².

O diagnóstico da doença é pouco usual, tendo em vista que a sintomatologia e exames são semelhantes a outras doenças crônicas abdominais, como a Carcinomatose Peritoneal. A sintomatologia inespecífica da TB Peritoneal conduz a um diagnóstico tardio, o que determina um pior prognóstico. O padrão-ouro para essa patologia é o crescimento da cultura do Mycobacterium em líquido ascítico ou a biópsia peritoneal.

A seguir é exposto um caso de um homem cuja investigação laboratorial seguia a hipótese diagnóstica de Carcinomatose Peritoneal e revelou o diagnóstico de Tuberculose Peritoneal.

2. CASO CLÍNICO

Homem, 56 anos, natural do interior de Minas Gerais, portador de Diabetes Mellitus tipo II, encaminhado ao Centro de Especialidades Médicas do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte,

no dia 05/04/17 devido ao quadro de emagrecimento de 7 Kg e distensão abdominal com ascite, há 40 dias. O paciente negava sintomas respiratórios, febre e sintomas gastrointestinais neste intervalo. Ao exame físico o paciente apresentava-se afebril, corado, em bom estado geral, apresentava abdome globoso e ascítico, sem massas palpáveis e circulação colateral. No resultado de Tomografia Computadorizada de Abdome, que o paciente trazia consigo, realizada em 24/03/17, observava-se sinais tomográficos compatíveis com Carcinomatose Peritoneal, associados a ascite volumosa e múltiplas linfonodomegalias retroperitoneais, provavelmente secundárias a cistos renais simples bilaterais, além de provável trombose da porção supra-hepática da veia cava inferior. O paciente foi internado na enfermaria de cirurgia do Hospital Santa Casa onde foram solicitadas interconsultas com a oncologia e realizados demais exames.

Nos exames laboratoriais iniciais o paciente apresentava-se com Global de Leucócitos 8800 e plaquetas normais. As enzimas hepáticas, amilase, proteínas totais e frações eram normais, entretanto o RNI estava 3,9, e foi administrado vitamina K. As hemoculturas e a urocultura foram estéreis e a função renal sem alteração.

A punção de rotina de líquido ascítico, paracentese, apresentava: líquido de aparência amarelo citrino com presença de proteína; ADA:2,0 (normal < 36U/l); Albumina sangue:3,3; Albumina (ascite):3,0; GASA 0,3; TGO 32; GGT 14; Glicose 78; Pt: 4,8; LDH 221. Presença de 12 Células Mesoteliais e Células nucleadas com cultura com a presença de *S.epidermidis*, sensível a Cipro/Clinda/Genta/Oxa/Rifan; resistente a Eritromicina/ Sulfa-Trimetopim.

Na radiografia de tórax observou-se a presença de pequeno derrame pleural à direita e nodulações em lobo inferior direito, que poderiam ser compatíveis com lesões neoplásicas secundárias. A TC de Tórax evidenciou nódulos semissólidos com contornos irregulares, com realce pelo contraste medindo 0,8x0,6 e 1,3x0,7 localizados no segmento lingular inferior do lobo superior e segmento inferior de lobo superior do pulmão direito. Houve também a presença de nódulo sólido, com densidade de partes moles, de contornos regulares, medindo 0,5x0,6 cm, localizado no segmento posterior do lobo superior do pulmão direito. Outro nódulo sólido, com densidades de partes moles, contornos irregulares medindo 1,1x0,4, localizado no segmento superior do lobo inferior do pulmão esquerdo. Além de pequeno derrame pleural e áreas de atelectasias laminares localizadas nas porções inferiores do pulmão direito.

A Endoscopia Digestiva Alta demonstrou a presença de pólipos gástricos hiperplásicos. Na colonoscopia, presença de adenoma túbulo-viloso com displasia de baixo grau.

O paciente foi submetido à laparoscopia exploratória, no dia 25/04/17, em que foi realizada a biópsia de duas áreas com lesões múltiplas de peritônio e drenado 3,5 L de líquido ascítico.

O Anatomopatológico de biópsia do peritônio revelou que a amostra foi compatível com Tuberculose Peritoneal, com a presença de serosite granulomatosa com necrose caseosa. O paciente foi encaminhado para tratamento na clínica médica do Hospital Santo Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.



Figura 1. Amostra de peritônio retirada para biópsia.

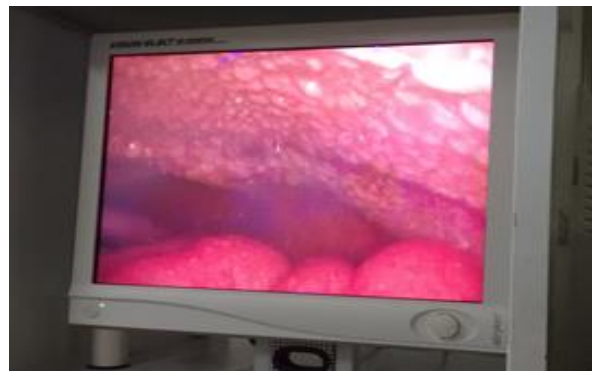


Figura 2. Visualização do peritônio durante a laparoscopia exploratória.

3. DISCUSSÃO

Este caso ilustra a dificuldade em diferenciar a Carcinomatose Peritoneal da TB peritoneal por critérios macroscópicos e imaginológicos, já que as características dessas doenças podem ser muito semelhantes.

A Tuberculose Peritoneal desenvolve-se através da reativação de focos latentes no peritônio, e mais raramente por disseminação transmural ou contiguidade com a cavidade peritoneal³. As manifestações podem ser divididas em três tipos: “Úmida”, com ascite livre ou loculada; “Seca”, com nódulos caseosos e fibrose peritoneal; e Fibrótica, com agrupamento de alças, massas omentais e aderências².

As manifestações clínicas costumam ocorrer de maneira insidiosa, com febre e distensão abdominal progressiva, causada pela ascite. Em estudo de metanálise, Sanai *et al.*, (2005)⁴, revisaram relatos e séries de casos e descreveram os sinais e sintomas mais comuns em pacientes com tuberculose peritoneal. A ascite foi o sinal mais comum, sendo observada em 73% dos casos, seguido por dor abdominal (64,5%), perda de peso (61%) e febre (59%). Achados de exame físico como abdômen tenso e hepatomegalia foram descritos em 47,7% e 28% dos casos, respectivamente^{1,4}.

A investigação laboratorial geralmente inicia-se pela análise do líquido ascítico e o diagnóstico deve ser elucidado em todos os pacientes com ascite linfocítica inexplicável com um GASA < 1,1 g/Dl. A dosagem da adenosina desaminase (ADA), enzima liberada pelos linfócitos T e macrófagos durante a resposta imune celular a antígenos de micobactérias, possui sensibilidade e especificidade alta no valor de corte de 36 a 50U/l, em efusões pleurais e meningite, segundo Voigt *et al.*, em 1985^{5,6}.

No presente caso, o paciente apresentou o ADA no valor de 2,0U/dl além da presença de células mesoteliais, o que fez com que a investigação seguisse a propedêutica da hipótese diagnóstica principal, não infecciosa, a Carcinomatose Peritoneal, visto que a TC abdominal mostrava achados compatíveis com a hipótese. Como os achados na TC abdominal não distinguem tuberculose de doença inflamatória intestinal crônica nem de carcinoma e os outros exames de imagem e biópsia não revelaram a presença de um tumor primário, optou-se pela realização de biópsia peritoneal via laparoscópica, para definir-se uma hipótese diagnóstica fidedigna.

A abordagem cirúrgica por laparoscopia permite a inspeção e a obtenção de amostras para análise histopatológica e microbiológica. Geralmente, observa-se, macroscopicamente, o peritônio visceral e parietal com múltiplos nódulos esbranquiçados, ou tubérculos, que são compatíveis com serosite granulomatosa com necrose caseosa no exame histopatológico^{2,7}.

Sendo confirmado o diagnóstico de carcinomatose peritoneal do paciente, o tratamento para tuberculose pôde ser estabelecido, seguindo os mesmos princípios de seleção e regimes utilizados no tratamento da tuberculose pulmonar, acompanhado pela clínica médica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.

4. CONCLUSÃO

O seguimento do caso até a videolaparoscopia determinou um aumento da expectativa de vida do paciente, tendo em vista o diagnóstico da tuberculose peritoneal, que possui tratamento disponível e cura.

O fato de excluir diagnósticos diferenciais de doenças tratáveis, que por mais raras que sejam, podem ocorrer, definiu maior sobrevida do paciente, logo que, se o caso fosse dado por encerrado, o paciente poderia vir a óbito pela gravidade e comprometimento da TB extrapulmonar sem tratamento, porém, erroneamente, com o diagnóstico da causa básica de morte como Carcinomatose Peritoneal.

REFERÊNCIAS

- [1] Fonseca LG, Campos B, Ferraz FP, *et al.*. Tuberculose peritoneal: experiência em um hospital geral. 2011
- [2] Peixoto AAA, Peixoto MCG, D'ippolito G. Tuberculose peritoneal: como diagnosticar. Rev. Imagem. 2007; 29(2):47-52.

- [3] Grisi SJFE, Cardoso AC, Bellizia L, *et al.* Tuberculose peritoneal: relato de caso e comparação de métodos diagnósticos. Pediatría (São Paulo). 2001; 23(1):100-5.
- [4] Sanai FM, Bzeizi KI. Systemic review: tuberculous peritonitis--Presenting features, diagnostic strategies and treatment. Aliment Pharmacol Ther. 2005; 22:685-700.
- [5] Wanderley BR, Maquiné GA, Vieira GN, *et al.* Tuberculose peritoneal: um diagnóstico diferencial no abdômen agudo. Relato de caso. Revista da Sociedade Brasileira de. 2012; 10(6):544-6.
- [6] Voigt MD, Trey C, Lombard C, Kalvaria I; *et al.*. Diagnostic value of ascites adenosine deaminase in tuberculous peritonitis. Lancet 1989; 1:751-4
- [7] Capone D, Mogami R, Lopes AJ, *et al.* Tuberculose extrapulmonar: aspectos clínicos e de imagem. Pulmão RJ. 2006; 15(4):253-261.
- [8] Haas DW, DesPrez RM. Tuberculosis and acquired immunodeficiency syndrome: a historical perspective on recent developments. Am J Med. 1994; 96:439-50
- [9] Cunha P, *et al.* Malignant peritoneal mesothelioma--diagnostic and therapeutic difficulties. Acta medica portuguesa. 2002; 15(5):383-6.
- [10] Santos RMP. Desenvolvimento de um Sistema de Perfusão para Doentes Diagnosticados com Carcinomatose Peritoneal. 2017.
- [11] Rocha EL, Pedrassa BC, Bormann RL, *et al.* Abdominal tuberculosis: a radiological review with emphasis on computed tomography and magnetic resonance imaging findings. Radiologia brasileira. 2015; 48(3):181-191.
- [12] Tovo CV, Silva TSG, Poli DD, *et al.* Tuberculose Peritoneal: Análise de 12 casos. Revista AMRIGS, Porto Alegre. 2004; 48(4):268-270.
- [13] Ribeiro-Júnior, U, Leonardi PC, Melo GR, *et al.* Método laparoscópico no diagnóstico e extensão da carcinomatose peritoneal. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo). 2010; 23(3):196-199.
- [14] Rodrigues H. Caso Clínico ARP Nº 8-Tuberculose Peritoneal. Acta Radiológica Portuguesa. 2017; 28(109):49-50.