Tuberculose peritoneal: análise de 12 casos

Peritoneal tuberculosis: analysis of 12 cases

CRISTIANE VALLE TOVO – Chefe do Serviço de Gastroenterologia do HNSC; Mestre em Gastroenterologia; Doutora em Hepatologia.
TATIANA SUDBRACK DA GAMA E SILVA – Ex-residente do Serviço de Medicina Interna do HNSC.
DÉBORA DOURADO POLI – Ex-residente do Serviço de Gastroenterologia do HNSC.
PAULO ROBERTO LERIAS DE ALMEIDA – Membro do Serviço de Medicina Interna do HNSC. Mestre em Hepatologia.
BRUNO GALPERIM – Membro do Serviço de Gastroenterologia do HNSC; Mestre em Hepatologia.

Trabalho realizado no Serviço de Gastroenterologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC).

✉ Endereço para correspondência:
Cristiane Valle Tovo
Rua Cel. Aurélio Bitencourt, 115 apto 201
90430-080 Porto Alegre, RS – Brasil
Fone: (51) 3335-3349
💻 cris.tovo@terra.com.br

SINOPSE

A tuberculose peritoneal é uma situação rara com alta morbidade e mortalidade, sendo que o prognóstico depende do diagnóstico e tratamento precoces. Nos últimos anos tem havido aumento de incidência nos países desenvolvidos, principalmente em pacientes imunocomprometidos. Foram analisados retrospectivamente 12 pacientes com tuberculose peritoneal (7 homens, média de idade: 51 anos). As manifestações clínicas, comorbidades e métodos diagnósticos foram revisados. Ascite foi a manifestação mais prevalente. Tuberculose pulmonar associada estava presente em apenas 25% dos pacientes. A biópsia de peritônio foi diagnóstica em todos os casos. Deve haver alto grau de suspeita para estabelecer o diagnóstico de TBC peritoneal.

UNITERMOS: Tuberculose, Peritônio.

ABSTRACT

Peritoneal tuberculosis is a rare condition with high morbidity and mortality, and the prognosis depends of the early diagnosis and treatment. The incidence has been growing in the last years in developed countries, mainly in immunocompromised patients. Twelve patients with peritoneal tuberculosis were retrospectively studied (7 men, mean age 51 years). Data concerning to clinical manifestations, comorbidities and diagnostic methods were obtained. Ascites was the great manifestation. Pulmonar tuberculosis was associated in 25% of patients. Peritoneal biopsy was diagnostic in all patients. To make the diagnosis of peritoneal tuberculosis a high grade of suspicion is necessary.

KEY WORDS: *Tuberculosis, Peritonium.*

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TBC) peritoneal é uma situação rara nos países desenvolvidos, com alta mortalidade e morbidade (1), sendo que o prognóstico depende do diagnóstico e tratamento precoces (1, 2). Nos últimos anos, tem sido observado um aumento na incidência de TBC nos países desenvolvidos, principalmente nos imigrantes e em certos grupos de risco, como os pacientes portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) (3, 4, 5, 6).

No Brasil, a TBC ainda é um problema comum de saúde pública, com 90.000 casos novos e 5.000 mortes/ano (7).

A TBC extrapulmonar, incluindo a peritoneal, pode apresentar-se com sinais e sintomas inespecíficos, conduzindo a um diagnóstico tardio, estando presente em cerca de 15% dos pacientes e em até 50% dos imunocomprometidos (4). A tuberculose peritoneal é a forma mais comum de envolvimento abdominal, e sua incidência varia de 0,1 a 0,7% de todos os casos de tuberculose (8).

OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo determinar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de TBC peritoneal em um Hospital Geral.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram avaliados retrospectivamente todos os prontuários de pacientes com diagnóstico de TBC peritoneal no período de outubro/1998 a maio/2001.

Dados referentes a sexo, idade, cor, quadro clínico, presença de co-morbidades e métodos diagnósticos (análise do líquido de ascite; histopatologia do peritônio) foram obtidos.

RESULTADOS

Foram avaliados 12 casos, sendo 7 (58,3%) homens e 5 (41,7%) mulheres, com um índice homem/mulher de 1,4:1. Dez (83,3%) eram brancos e 2 (16,7%) pretos. A média de idade foi de 51 anos, variando de17 a 79 anos.

As manifestações clínicas podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Manifestações clínicas nos 12 pacientes com tuberculose peritoneal

Sinal/sintoma	N (%)
Ascite	9 (75,0)
Febre	7 (58,3)
Perda de peso	6 (50,0)
Dor abdominal	5 (41,7)
Anorexia	3 (25,0)
Confusão mental	2 (16,7)

Dentre os pacientes estudados, um (8,3%) apresentava o vírus da imunodeficiência humana (HIV), um (8,3%) co-infecção pelo vírus da hepatite C (VHC) e HIV, e um (8,3%) HBsAg positivo.

Cinco (41,7%) eram alcoolistas, dois (16,7%) apresentavam cirrose e um (8,3%) diabete melito.

Todos os pacientes realizaram videolaparoscopia com biópsia de peritônio, que confirmou o diagnóstico na totalidade dos casos. A histopatologia do peritônio mostrou granuloma em todos os casos, sendo que associação com necrose caseosa estava presente em oito (66,7%).

A pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) no líquido de ascite foi realizada em apenas 2 pacientes, sendo negativa. No entanto, no tecido peritoneal foi realizada em todos, sendo positiva em 6 pacientes (50,0%).

Tuberculose pulmonar concomitante foi diagnosticada em três pacientes (25,0%).

As características do líquido de ascite podem ser observadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Características do líquido de ascite

	Média (variação)
Proteínas (g/dl)	4,9 (3,5 – 6,1)
Celularidade (céls./mm^3)	916 (144 – 2000)
Linfócitos (%)	64,6 (34 – 91)
Gradiente albumina soro-ascite*	0,8 (0,2-1,2)

* O gradiente de albumina soro-ascite foi pesquisado em 6 (50%) pacientes.

DISCUSSÃO

A tuberculose gastrointestinal e peritoneal permanece um problema comum em áreas empobrecidas do mundo, mas é relativamente infreqüente nos Estados Unidos da América (EUA) (3, 4). Os pacientes com SIDA constituem população de risco, assim como os mais idosos e de baixo nível sócio-econômico (4, 5). Publicações recentes relataram a ocorrência de TBC peritoneal em pacientes urêmicos (9) e em diálise (10), não havendo diferença na duração dos sintomas, coexistência de tuberculose pulmonar, duração de tratamento e mortalidade (9).

Na presente casuística apenas dois pacientes apresentavam HIV positivo.

Os sinais e sintomas são inespecíficos (4,5), e a não ser que haja alto grau de suspeita, o diagnóstico pode ser retardado, resultando em aumento da morbidade e mortalidade.

Quando foram avaliados 50 pacientes com TBC peritoneal, Sotoudehmanesh et al. (2) observaram que os sinais e/ou sintomas mais freqüentemente encontrados foram dor abdominal, perda de peso e febre, em 84%, 72% e 50%, respectivamente. Resultados semelhantes foram obtidos por outros autores (11).

Vazquez Munoz et al. (12) avaliaram sete pacientes com TBC peritoneal comprovada, havendo ascite em 71,4% dos casos.

No presente estudo, ascite foi observada em 75%, febre em 58,3%, perda de peso em 50% e dor abdominal em 41,7%.

Tuberculose pulmonar esteve presente em 25% dos casos, vindo ao encontro de alguns autores que demonstraram envolvimento pulmonar concomitante em cerca de 15-20% (4).

A tuberculose peritoneal deve ser considerada em todos os casos inexplicados de ascite exsudativa. Na presente casuística, o gradiente de albumina foi pesquisado apenas em 6 pacientes, provavelmente por não obedecer a um protocolo único de investigação, já que se tratava de um estudo retrospectivo.

O diagnóstico de tuberculose abdominal é em geral difícil por causa dos sintomas e achados laboratoriais inespecíficos (13). A tomografia computadorizada tem sido proposta como o método de imagem de escolha para auxílio no diagnóstico dessa situação (12, 13).

A pesquisa de BAAR no líquido de ascite, assim como no líquido pleural, apresenta baixa sensibilidade, de cerca de 20 a 30%, no entanto apresenta alta especificidade (14, 15). No presente estudo, a pesquisa de BAAR feita em tecido peritoneal mostrou-se positiva em 50% dos casos.

A laparoscopia com biópsia dirigida é o melhor meio para um rápido e específico diagnóstico (4, 5). Por outro lado, Vardareli et al. (11) sugerem que a biópsia de peritônio guiada por imagem é um método seguro, econômico e eficiente para o diagnóstico de TBC peritoneal. No presente estudo, a biópsia de peritônio foi realizada em todos através de laparoscopia, confirmando o diagnóstico com sensibilidade e especificidade de 100%.

Estudo publicado recentemente avaliou o valor de biópsia aspirativa com agulha fina guiada por ultra-sonografia abdominal (6). O estudo realizou biópsia de linfonodos abdominais em pacientes com SIDA e diagnóstico de micobacteriose disseminada, permitindo o diagnóstico específico em todos os pacientes (seis apresentavam micobacteriose tuberculosa).

Uma análise de 17 casos foi publicada em periódico nacional (16), analisando pacientes da cidade do Rio de Janeiro, com características semelhantes às observadas no presente estudo.

CONCLUSÕES

É necessário alto grau de suspeita para firmar o diagnóstico de TBC peritoneal. Embora a maioria dos pacientes apresente ascite, os sintomas iniciais são quase sempre inespecíficos. Casos suspeitos devem ser submetidos a laparoscopia diagnóstica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LOPEZ-RODRIGUEZ R, CAMPOS FJ, LADO LADO FL, ALENDE SIXTO MR, GONZALEZ QUINTELA A. Tuberculous peritonitis: a third world's disease? Na Méd Interna 2004; 21:331-333.
2. SOTOUDEHMANESH R, SHIRAZIAN N, ASGARI AA, MALEKCZADEH R. Tuberculous peritonitis in an endemic area. Dig Liver Dis 2003; 35:37-40.

3. HORVATH KD, WHELAN RL. Intestinal tuberculosis: return of na old disease. Am J Gastroenterol 1998; 93:692-696.
4. MARSHALL JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. Am J Gastroenterol 1993; 88:989-999.
5. KAPOOR VK. Abdominal tuberculosis. Postgra Med J 1998; 74:459-467.
6. TARANTINO L, GIORGIO A, DE STEFANO G, FARELLA N, PEROTTA A, ESPTOSITO F. Disseminated mycobacterial infection in AIDS patients: abdominal US features and value of fine-needle aspiration biopsy of lymph nodes and spleen. Abdom Imaging 2003; 28:602-608.
7. Manual de normas para o controle da tuberculose – Ministério da Saúde – Fundação Nacional de Saúde – Centro Nacional de Epidemiologia – Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. 4 ed., Brasília – Brasil.
8. VYRAVANATHAN S, JEYARAJAH R. Tuberculous peritonitis: a review of 35 cases. Postgrad Med 1980; 56:649-651.
9. HUNG KH, LEE CT, CHEN JB, HSU KT. Tuberculous peritonitis in uremic patients. Clin Nephrol 2003; 60:113-118.
10. HUNG YM, CHAN HH, CHUNG HM. Tuberculous peritonitis in different dialysis patients in Southern Taiwan. AmJTropMedHyg 2004; 70:532-535.
11. VARDARELI E, KEBAPCI M, SARICAM T, PASSAOGLU O, ACIKALIN M. Tuberculous peritonitis of the wet ascitic type: clinical features and diagnostic value of image-guided peritoneal biopsy. Dig Liver Dis 2004; 36:199-204.
12. VAZQUEZ MUNOZ E, GOMEZ-CEREZO J, ATIENZA SAURA M, VAZQUEZ RODRIGUEZ JJ. Computed tomography findings of peritoneal tuberculosis; Systematic review of seven patients diagnosed in 6 years (1996-2001). Clin Imaging 2004; 28:340-343.
13. SURI S, GUPTA S, SURI R. Computed tomography in abdominal tuberculosis. BJRadiol 1999; 72:92-98.
14. ALVES MAG, RIZZON CFC, PICON PD, MILANO ACC. Tuberculose Gastrintestinal. In: Picon PD, Rizzon CFC, Ott WP. Tuberculose: Epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e saúde pública. Rio de Janeiro: Ed. MEDSI, 1993: 405-416.
15. YOUNG LS. Gastrointestinal mycobacterial disease. In: Owen S. Gastrointestinal and hepatic infections. Philadelphia: WBSaunders Company, 1995; 209-218.
16. FOGAÇA HS, ABRAHÃO JR LJ, BORGES EJS, ABRAHÃO ACA. Tuberculose peritoneal: análise de 17 casos. GED 1998; 17:163-166.