

# TUBERCULOSE HEPÁTICA PSEUDOTUMORAL

## PSEUDOTUMORAL HEPATIC TUBERCULOSIS

Antonio Nocchi Kalil, TCBC-RS<sup>1</sup>

Fernanda Alvarez Coelho<sup>2</sup>

Gislaine Silveira Olm<sup>2</sup>

### INTRODUÇÃO

A tuberculose hepática é uma afecção geralmente associada a doença pulmonar ou miliar.<sup>1</sup> A forma localizada, na ausência de tuberculose extra-hepática, é rara, tendo sido descrita pela primeira vez por Bristowe, em 1858.<sup>1-5</sup> Os sinais e sintomas e os achados radiológicos são inespecíficos, e a biópsia pode não ser diagnóstica. Assim, pode ser difícil distinguir a tuberculose hepática de outras doenças do fígado mais comuns, como as neoplasias primárias ou metastáticas ou mesmo tumores benignos.<sup>1,2</sup>

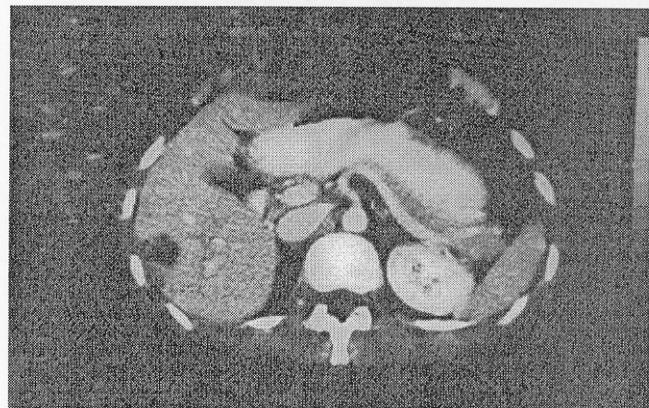
A possibilidade de tratar um paciente com tuberculose hepática localizada, sem evidência de comprometimento em outros órgãos, motivou este relato.

### RELATO DO CASO

Uma mulher branca, de 34 anos, internou no Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, em março de 1998, com história de febre, emagrecimento de 4 kg e dor em hipocôndrio direito há dois meses. Esta iniciou de forma súbita, apresentando intensidade moderada e irradiação para região epigástrica. Negava episódio de icterícia, colúria ou acolia. O exame físico não apresentou alterações, exceto pela sensibilidade dolorosa à palpação profunda do hipocôndrio direito.

Os exames laboratoriais, inclusive os testes de função hepática (TGO, TGP, fosfatase alcalina e bilirrubinas) e renal (uréia e creatinina) foram normais.

A radiografia de tórax não demonstrou nenhuma alteração. A ultra-sonografia (US) abdominal evidenciou um nódulo hipoeocênico de 1,8cm em lobo hepático direito. A tomografia computadorizada (TC) abdominal mostrou áreas hipodensas neste mesmo local e ausência de linfadenomegalias retroperitoneais (Figura 1). Área hiporradiativa anormal no terço inferior do segmento posterior do lobo direito do fígado foi constatada na cintilografia hepática. A cintilografia abdominal



*Figura 1— Tomografia computadorizada abdominal demonstrando lesão hipodensa em lobo hepático direito*

com pool de hemáceas evidenciou que a área hiporradiativa possuía vascularização, sugerindo diagnóstico de adenoma.

Foi realizada laparoscopia diagnóstica, que visualizou nódulo em superfície hepática no segmento VIII. Posteriormente, por laparotomia, a paciente foi submetida à ressecção da lesão, cujo exame histopatológico demonstrou granuloma tuberculóide com necrose caseosa em tecido hepático (Figura 2). No pós-operatório, iniciou-se tratamento tuberculostático com rifampicina, isoniazida e pirazinamida. Após oito meses do início do tratamento medicamentoso, a paciente encontra-se assintomática.

### DISCUSSÃO

Como a incidência de tuberculose vem aumentando, a possibilidade de comprometimento de outros órgãos, além do pulmão, deve ser aventada.

A tuberculose hepática pode se manifestar, segundo Levine,<sup>3</sup> de diversas formas. Assim, a apresentação como tuberculose miliar, tuberculose pulmonar com envolvimento

1. Professor Adjunto, Doutor do Departamento de Cirurgia Geral da FFFCMPA e do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre.  
2. Acadêmica da FFFCMPA.

Recebido em 3/12/98

ACEITO PARA PUBLICAÇÃO EM 19/4/99

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCCMPA) e Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre-RS.

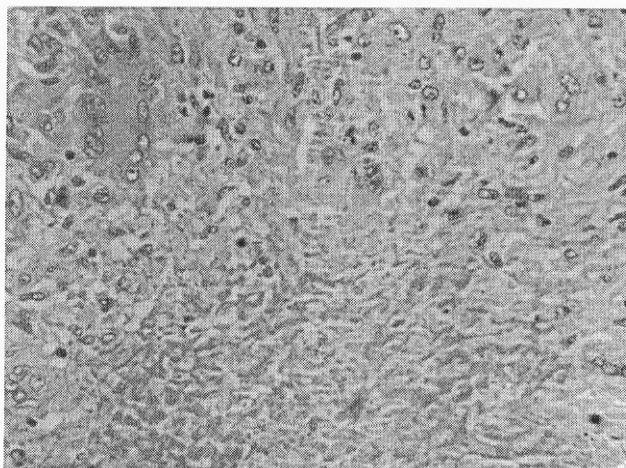


Figura 2 – Área de granuloma tuberculóide mostrando necrose caseosa, infiltração de macrófagos e célula gigante multinucleada de Langhans (H.E. - 400 X)

hepático, tuberculose hepática primária, tuberculoma (abscesso) e colangite tuberculosa têm sido observadas. Outra forma de classificação é pelo tamanho das lesões hepáticas. A forma mais comum, miliar ou micronodular, consiste em pequenos nódulos de 0,5mm a 2mm de diâmetro, que aparecem em 80% -100% das necrópsias de pacientes com tuberculose miliar. Menos comum é a apresentação sob a forma macronodular ou pseudotumorar, com lesões maiores de 2mm de diâmetro.<sup>1,4</sup>

A verdadeira incidência da forma isolada é difícil de ser avaliada, mas parece ser rara.<sup>4</sup> A inoculação pode ocorrer via pulmonar ou via trato gastrointestinal, e a disseminação entérica pode ser consequência de ingestão oral ou fazer parte de disseminação linfática ou hemática. Após o bacilo alojar-se no intestino, alcança o fígado através da veia porta. A raridade da forma local pode ser decorrente de baixa tensão de oxigênio no tecido hepático, provavelmente inibindo o crescimento do bacilo da tuberculose.<sup>4</sup>

Oliva et al<sup>2</sup> publicaram 23 casos de abscesso tuberculoso hepático ou tuberculoma, sem evidência de doença extra-hepática. Houve uma predominância do sexo masculino de 2:1, com prevalência de idade entre 21 e 40 anos. Nesta série, os sintomas mais freqüentes foram dor abdominal, febre, perda de peso e anorexia. No presente caso, a paciente apresentou febre, dor abdominal e perda de peso.

Os resultados dos testes de função hepática nesta moléstia são geralmente inespecíficos. Comumente, o nível de fos-

fatase alcalina está modestamente elevado. A hiperbilirrubinemia, se presente, é leve.<sup>4</sup> No caso em questão, a paciente apresentava níveis de fosfatase alcalina normais, assim como as demais provas de função hepática.

Os achados ultra-sonográficos e tomográficos podem mimetizar doença metastática ou primária.<sup>3,4</sup> Na TC, os achados são inconstantes e inespecíficos, variando de lesões com baixa a alta densidade e com ou sem calcificações. Esta variação pode refletir diferentes estágios do tuberculoma.<sup>3,5</sup> A lesão na US é tipicamente descrita como uma massa hipoeocóica, podendo ter dois padrões distintos: a presença de margens imprecisas devido à coalescência de pequenos tubérculos e margens hipereocóicas observadas no abscesso tuberculoso.<sup>1</sup> Nos exames de imagem, nossa paciente apresentava áreas hipodensas em lobo hepático direito na TC e área hipoeocóica na US.

Por ser raramente suspeitado clinicamente, o diagnóstico de tuberculose hepática primária é geralmente estabelecido apenas na laparotomia ou necrópsia. Entretanto, a laparoscopia também pode ser útil.<sup>4</sup>

Segundo Oliva et al,<sup>2</sup> 87% dos pacientes tiveram o diagnóstico estabelecido após terem sido submetidos a laparotomia. No ato operatório, o diagnóstico inicialmente estabelecido é o de abscesso hepático, carcinoma metastático ou primário de fígado.<sup>5</sup> O diagnóstico definitivo é obtido somente pela histologia, esfregaço ou exame de cultura da lesão.<sup>2,5</sup> Inicialmente nossa paciente foi submetida à laparoscopia, através da qual não foi possível estabelecer um diagnóstico claro. Procedeu-se então à laparotomia com ressecção da lesão para análise histopatológica. Esta demonstrou a presença de granuloma tuberculóide com necrose caseosa em tecido hepático.

A forma pseudotumorar da tuberculose hepática é condição clínica singular. Porém, deve-se suspeitar desta enfermidade na presença de paciente com febre, dor no andar superior do abdômen e anormalidades hepáticas nos estudos de imagem, mesmo na ausência de evidência de doença extra-hepática. Isto se deve ao fato desta forma de tuberculose mimetizar doenças hepáticas freqüentes, incluindo carcinoma metastático ou primário de fígado e abscesso hepático amebiano ou piogênico.

É importante estabelecer o diagnóstico correto, pois a tuberculose abdominal não tratada acarreta um índice de mortalidade de 50%. O prognóstico é geralmente bom quando o diagnóstico e o tratamento são estabelecidos precocemente.

## ABSTRACT

*Tuberculous involvement of the liver is usually a diffuse process, associated with miliary tuberculosis. However, localized tuberculosis of the liver producing a macronodular tuberculoma or an abscess is rare. The authors present a case of pseudotumoral hepatic tuberculosis in a 34-year old woman. This patient presented a 2 month history of fever, weight loss of 4Kg and right upper quadrant abdominal pain. She denied jaundice, choluria, or acholia. Laboratory investigation, including renal and liver function tests, revealed normal levels. Chest X-ray was normal. Abdominal ultrasonography*

demonstrated a hypoechoic nodule in the right hepatic lobe. CT scan showed hypodense areas in the same place and no retroperitoneal lymphadenopathy. Due to the inespecificity of the signs, symptoms and image findings, a diagnostic laparoscopy was performed, it was however inconclusive. Then, the patient was submitted to a laparotomy with resection of the lesion. Histological examination revealed a tuberculoid granulomatous lesion with caseous necrosis. Postoperatively, the patient was placed on antituberculous chemotherapy with rifampin, isoniazid and pyrazinamide. Eight months later, the patient is asymptomatic.

**Key Words:** Hepatic tuberculosis; Pseudotumoral hepatic tuberculosis; Tuberculoid granuloma.

doença de mais recente etiologia levando-se a um diagnóstico oculto obviamente comum.

## REFERÊNCIAS

- Tan TCF, Cheung AYC, Wan WYL, Chen TC – Tuberculoma of the liver presenting as a hyperechoic mass on ultrasound. *Br J Radiol* 1997;70:1.293-5.
- Oliva A, Duarte B, Jonasson O, Nadimpalli V – The nodular form of local hepatic tuberculosis. *J Clin Gastroenterol* 1990;12:166-73.
- Levine C – Primary macronodular hepatic tuberculosis: US and CT appearances. *Gastroint Radiol* 1990;15:307-9.
- Achem SR, Kolts BE, Grisnik J, et al – Pseudotumoral hepatic tuberculosis: atypical presentation and comprehensive review of the literature. *Clin Gastroenterol* 1992;14:72-7.
- Herman P, Pugliese V, Neto RL, et al – Nodular form of local hepatic tuberculosis: case report. *J Trop Med Hyg* 1995;98:141-2.

curas que oprimem ou medolgam os básculos e atraem os leucócitos para a área, o que pode ser considerado um sinal de inflamação. As lesões tuberculoides podem ser classificadas em três tipos: tipo I, que é a forma mais comum, com uma grande massa central de tecido morto (necrose caseosa), que é envolvida por uma camada de tecido inflamatório e fibroso; tipo II, que é uma lesão menor com uma massa central de tecido morto, envolvida por uma camada de tecido inflamatório e fibroso; tipo III, que é uma lesão menor com uma massa central de tecido morto, envolvida por uma camada de tecido inflamatório e fibroso.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Antônio Nocchi Kalil  
Rua Marcelo Gama, 924/201  
90540-041 – Porto Alegre-RS

## RELATO DO CASO

Este relato descreve o caso de um paciente com 31 anos de idade, que foi admitido ao hospital com queixa de dor abdominal intensa e constante, que havia se iniciado há cerca de 15 dias. O paciente relatou que a dor era intensa e irradiava para a região lombar direita. Ele também relatou febre, perda de peso e fadiga. Foi realizada uma tomografia computadorizada (TC) abdominal que mostrou uma lesão sólida no fígado, com medidas de 10 x 8 x 7 cm, com bordas irregulares e interior充满着坏死组织。O exame de sangue mostrou elevados níveis de proteína C-reactiva (PCR) e de enzimas hepáticas, incluindo bilirrubina elevada. Foi realizada uma biópsia hepática que confirmou a presença de lesões tuberculoides.