

## RELATOS DE CASOS

## TUBERCULOSE PANCREÁTICA

## PANCREATIC TUBERCULOSIS

Fernando Antônio Bhorer Pitrez, TCBC-RS<sup>1</sup>Sérgio Ricardo Pioner, ACBC-RS<sup>2</sup>Guillermo Kiss<sup>3</sup>

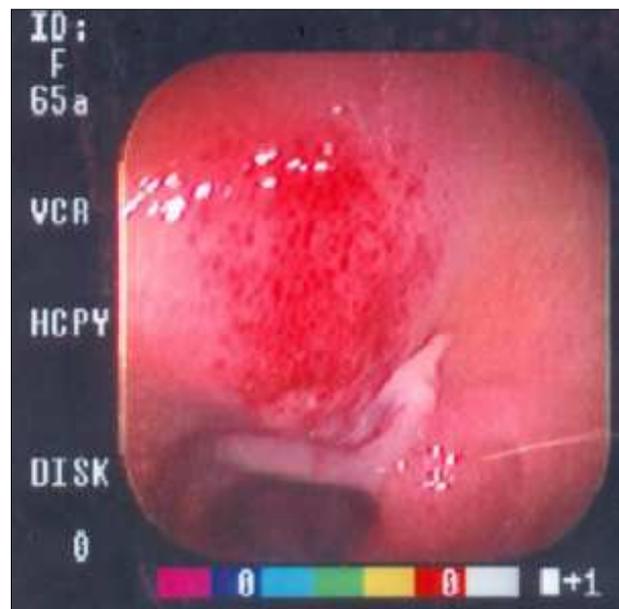
## INTRODUÇÃO

A tuberculose é doença endêmica nos países em desenvolvimento e está em franca ascensão nos países desenvolvidos, impulsionados pela síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/Aids). O acometimento dos órgãos abdominais é evento pouco freqüente, em especial o acometimento pancreático, principalmente quando este se dá de forma isolada. Relatamos este caso em virtude de sua raridade e, principalmente, por tratar-se de paciente sem imunodepressão.

## RELATO DO CASO

Paciente de 66 anos, feminina, queixava-se de dor abdominal com piora a ingesta alimentar, vômitos, astenia, anorexia e febre. Ao exame físico, apresentava apenas, dor à palpação profunda do epigástrico. Não havia massas palpáveis ou outras alterações. Exames laboratoriais normais, bem como radiografia de tórax. A endoscopia digestiva alta revelou pangastrite e abaulamento na 2ª porção do duodeno, com hiperemia. A biópsia desta área levou à drenagem luminal de secreção purulenta (Figura 1). A tomografia computadorizada (TC) e a ultra-sonografia (US) revelaram uma imagem de conteúdo denso medindo 4,2 × 3,8 × 1,5 cm de diâmetro na porção cefálica do pâncreas (Figura 2). Após instituição de antibioticoterapia a paciente foi submetida à laparotomia com drenagem e debridamento de abscesso pancreático. Gram, cultura e BAAR foram negativas. Permaneceu assintomática e após 6 meses retornou com os mesmos sintomas abdominais associados a tosse e hemoptise. Nova TC de abdome foi realizada, sendo puncionada lesão cística de conteúdo heterogêneo de 4,8 × 3,2cm na cabeça do pân-

creas. Rx de tórax demonstrou lesão hipodensa no terço médio do pulmão direito. A fibrobroncoscopia denotou lesão vegetante brônquica no lobo direito. Tanto a punção da lesão pancreática como a biópsia da lesão pulmonar revelaram-se BAAR positivas. Recebeu esquema habitual de rifampicina, isoniazida e pirazinamida por seis meses com melhora clínica e remissão completa da lesão pancreática.



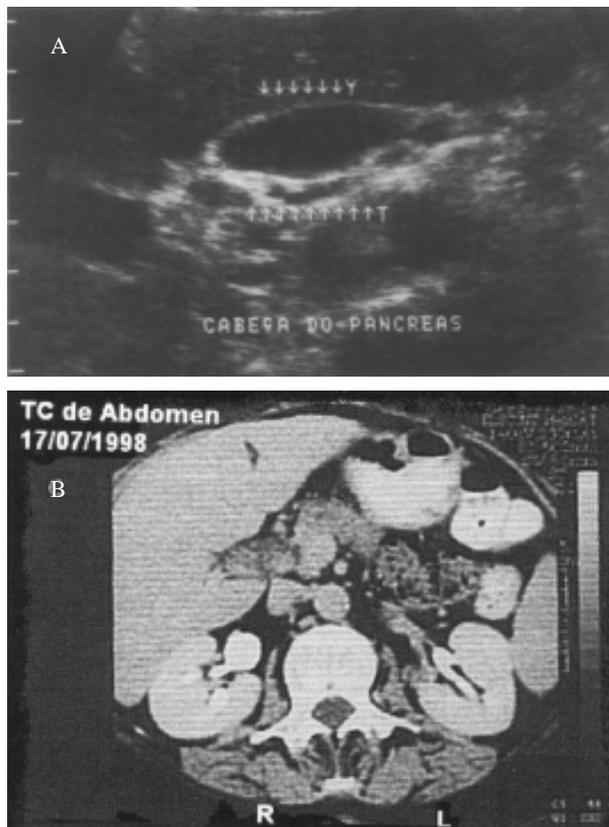
**Figura 1** — Endoscopia digestiva alta: presença de grande abaulamento em 2ª porção do duodeno, com hiperemia acentuada. Realizada biópsia do local com drenagem espontânea de conteúdo purulento.

1. Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA)
2. Cirurgião Geral do CHSC, Mestrando em Clínica Cirúrgica da FFFCMPA
3. Cirurgião Geral do CHSC

Recebido em: 05/09/2000

Aceito para publicação em: 15/06/2002

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre (CHSC)



**Figura 2** — Ecografia abdominal e tomografia computadorizada: lesão heterogênea em topografia de cabeça de pâncreas, medindo aproximadamente  $4,2 \times 3,8 \times 1,8$ cm.

## DISCUSSÃO

O acometimento pancreático, extremamente raro mesmo em países onde a incidência de tuberculose (TBC) pulmonar é alta, geralmente está associado à TBC miliar. Tal acometimento está descrito em 0,25% dos pacientes com diagnóstico de tuberculose miliar, a partir de dados de autópsia<sup>1</sup>. No entanto, seu acometimento isolado aparece em poucos casos relatados. Bhansali<sup>2</sup> não encontrou nenhum caso de TBC pancreática isolada em mais de 300 estudados. Mesmo nos imunocomprometidos o envolvimento do pâncreas é uma curiosidade, sendo também a literatura a respeito muito escassa. Sua patogênese não é bem conhecida. Sugere-se a disseminação linfo-hematogênica onde o foco primário poderia ser pulmonar ou extrapulmonar com acometimento pancreático a partir de linfonodos retroperitoneais ou por contigüidade a partir de um foco intestinal envolvido, secundariamente, pela ingestão de escarro infectado<sup>3</sup>.

A tuberculose pancreática manifesta-se, em geral, por sintomas sistêmicos inespecíficos como anorexia, perda de

peso, febrícula, indisposição<sup>1</sup>. Abscesso pancreático, icterícia obstrutiva, pancreatite aguda ou crônica, hemorragia gastrointestinal por erosão da parede duodenal e trombose da artéria esplênica são manifestações resultantes do efeito de massa<sup>1</sup>, podendo mimetizar doença maligna. Alterações endócrinas também podem mascarar o quadro.

Os achados radiológicos não são específicos. A radiografia do tórax é normal em 50% a 80% dos casos<sup>1,4</sup>. A US, TC, e a TC helicoidal ou ainda a ressonância nuclear magnética (RNM), geralmente revelam massa pancreática, sendo confundida, na maioria dos casos, com lesão expansiva neoplásica ou abscesso. Outra forma de apresentação seria como grande cisto com ecos em seu interior; imagem essa capaz de confundir-se com a de um pseudocisto ou cistoadenocarcinoma. A presença de outras evidências de tuberculose abdominal como adenomegalias na região peripancreática e/ou mesentérica, espessamento mural afetando a região ileocecal, lesões em outras vísceras ou ascite podem auxiliar no raciocínio diagnóstico. Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), por sua vez, pode demonstrar obstrução por efeito de massa ou por formação de estenose<sup>1</sup>.

O aspirado para pesquisa de BAAR é negativo na maioria dos casos<sup>5</sup> e a reação de Mantoux é negativa em 70% dos indivíduos<sup>1,3</sup>. Em poucos casos a cultura de escarro é positiva<sup>1</sup>. Desta forma, poucos têm firmado o diagnóstico antes da laparotomia ou autópsia. O diagnóstico por aspiração após seis semanas de incubação evita uma laparotomia na maior parte dos casos, relegando este apenas para o tratamento das complicações (drenagem de abscesso) ou *bypass* biliodigestivo temporário ou permanente para alívio da icterícia, uma vez que o tratamento é eminentemente clínico<sup>1</sup>.

A raridade com que a TBC acomete isoladamente o pâncreas, associado a um quadro clínico inespecífico ou muitas vezes confundido com abscesso ou malignidade, bem como a frequência com que os achados endoscópicos, radiológicos, aspirados e Mantoux se mostram negativos, torna, na maioria das vezes, o diagnóstico desta afecção um verdadeiro desafio. Deve ser suspeitada em todo paciente com evidência de lesão expansiva negativa para pesquisa de malignidade ou abscesso irresponsivo ao tratamento antimicrobiano e drenagem. A obtenção de material para cultura e pesquisa de BAAR por punção (ou laparotomia), quando positivos, fazem o diagnóstico. Torna-se imediata a instituição de antibioticoterapia apropriada por um período mínimo de seis meses, uma vez que o tratamento desta afecção é eminentemente clínico, reservado-se a cirurgia apenas para as complicações. Há, todavia, quem defenda o tratamento clínico empírico para os casos suspeitos, depois de excluídos os outros diagnósticos, mesmo na ausência de um achado positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

---

**ABSTRACT**

*Tuberculosis is an extremely common chronic disease in developing countries, caused by Mycobacterium tuberculosis. The principal target organ is the lung, causing focal necrosis and destruction. In about 12% of cases, extrapulmonary dissemination involving the gastrointestinal system occurs. The pancreas is involved in about 0,25% of all cases of disseminated tuberculosis, but its isolated involvement is a medical curiosity. In the last years, with the advent of AIDS, extrapulmonary dissemination and atypical abdominal presentation has increased. We report a case of pancreatic tuberculosis in a 66-year-old patient, with no previous history of pulmonary tuberculosis or immunocompromised state in whom the diagnosis was made by CT-guided skin needle biopsy. After clinical treatment with current antibiotic therapy, the patient recovered well.*

**Key Words:** Pancreatic tuberculosis.

---

**REFERÊNCIAS**

1. Koduri VG, Janardhanan R, Hagan P et al. Pancreatic TB: diagnosis by needle aspiration. *Am J Gastroenterol*, 1992,87(9):1206-8.
2. Bhansali SK. Abdominal tuberculosis. Experience with 300 cases. *Am J Gastroenterol*, 1977, 67:324-37.
3. Aston NO. Abdominal tuberculosis. *World J Surg*, 1997, 21:492-9.
4. Fischer G, Spengler U, Neubrand M et al. Isolated tuberculosis of the pancreas masquerading as a pancreatic mass. *Am J Gastroenterol* 1995; 90(12):2227-30.
5. Haddad FS, Ghossain A, Sawaya E et al. Abdominal tuberculosis. *Dis Colon Rectum*, 1987;30:724-35.

Endereço para correspondência:

Dr. Guillermo Kiss

Rua Sacadura Cabral, 332 — Petrópolis

90690-420 — Porto Alegre-RS

E-mail: kiss@santacasa.tche.br