

TUBERCULOSE PANCREÁTICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA*

Henrique Pereira Faria¹, José Torres Alves², Ovídio Carlos Carneiro Villela², Raul Moraes da França Filho³, Milton Alves Romeiro⁴

Resumo O pâncreas é raramente afetado por infecções pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, provavelmente em função da presença das enzimas pancreáticas, e apenas alguns casos são descritos na literatura. O diagnóstico diferencial com carcinoma pancreático é um desafio em virtude das semelhanças clínico-radiológicas. Apresentamos um caso de um paciente de 39 anos de idade, do sexo masculino, com quadro clínico de perda ponderal, náuseas e vômitos. A propedêutica radiológica com tomografia computadorizada de abdome revelou lesões em cauda do pâncreas e baço. O diagnóstico foi confirmado por exame histopatológico após laparotomia.

Unitermos: Tuberculose; Pâncreas; Tomografia computadorizada.

Abstract *Pancreatic tuberculosis: a case report and literature review.*

The pancreas is rarely affected by *Mycobacterium tuberculosis* infections, probably because of the presence of pancreatic enzymes, and only few cases are reported. The differential diagnosis with pancreatic carcinoma represents a challenge because of clinical and radiological similarities. We report the case of a 39-year-old male patient presenting weight loss, nausea and vomiting. Radiological workup with abdominal computed tomography has demonstrated lesions in the pancreatic tail and spleen. The diagnosis was confirmed by histopathological analysis following laparotomy.

Keywords: Tuberculosis; Pancreas; Computed tomography.

INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença comum, mas o envolvimento do pâncreas é raro, e os primeiros casos foram descritos por Auerbach em 1944⁽¹⁾.

A patogênese da tuberculose pancreática não é bem conhecida. Tem sido sugerido que os bacilos alcançam o pâncreas por disseminação linfo-hematogênica de uma tuberculose primária ou secundária. A lesão primária pode ser intestinal com envolvimento pancreático através dos linfonodos retroperitoneais⁽²⁾. O quadro clínico é bastante variável, muitas vezes mimeti-

zando um quadro de adenocarcinoma pancreático⁽³⁾.

Apresentamos um caso de tuberculose pancreática em um paciente de 39 anos de idade, do sexo masculino, apresentando dor abdominal em abdome superior e sintomas constitucionais, e discutimos os exames radiológicos propedêuticos e manifestações clínicas.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 39 anos de idade, ex-etilista, referiu dor intermitente epigástrica que se iniciou há cerca de 45 dias, associada com náuseas, vômitos e perda de peso. Não havia passado de tuberculose pulmonar ou gastrointestinal. Seu exame físico foi normal. Sua contagem de leucócitos totais foi de 2.700/mm³, com a seguinte contagem diferencial: segmentados 63%, bastonetes 22%, linfócitos 9% e monócitos 6%; hemoglobina de 9,3 g/dl. Endoscopia digestiva alta sem alterações. A radiografia de tórax foi normal (Figura 1). Durante a internação evoluiu com picos febris, predominantemente noturnos.

Foi solicitado exame de tomografia computadorizada, que evidenciou lesões

hipodensas na topografia de cauda de pâncreas e baço (Figura 2A), havendo realce após administração do contraste venoso (Figura 2B).

Foi realizada laparotomia exploradora, que revelou múltiplos nódulos brancacentos em pâncreas, baço e omento (Figura 3). Foi aventada a hipótese diagnóstica de carcinomatose peritoneal, tendo sido realizadas omentectomia, esplenectomia e higienização da área peripancreática. O exame histopatológico do baço e omento evidenciou vários granulomas epitelióides com necrose central tipo caseosa (Figura 4), associados a poucas células gigantes multinucleadas tipo Langhans e tipo corpo estranho. A coloração para bacilo álcool-ácido resistente (Ziehl-Nielsen) mostrou a presença de bacilos.

DISCUSSÃO

O pâncreas é raramente afetado pela tuberculose. Em 1944, Auerbach relatou o envolvimento pancreático em 4,7% das autópsias de casos de tuberculose miliar⁽⁴⁾. Entre 1891 e 1961, Paraf et al.⁽³⁾ relataram 11 casos de envolvimento pancreático em necropsias de indivíduos com tuberculose

* Trabalho realizado no Setor de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital Márcio Cunha, Ipatinga, MG, Brasil.

1. Médico Especializando do Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital Márcio Cunha, Ipatinga, MG, Brasil, e do Centro de Pesquisa e Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (CPG-FCMMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

2. Médicos Radiologistas do Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital Márcio Cunha, Ipatinga, MG, Brasil.

3. Médico Patologista do Hospital Márcio Cunha, Ipatinga, MG, Brasil.

4. Médico Cirurgião Geral do Hospital Márcio Cunha, Ipatinga, MG, Brasil.

Endereço para correspondência: Dr. Henrique Pereira Faria. Avenida 26 de Outubro, 340, Bela Vista. Ipatinga, MG, Brasil, 35160-208. E-mail: henryfaria@hotmail.com

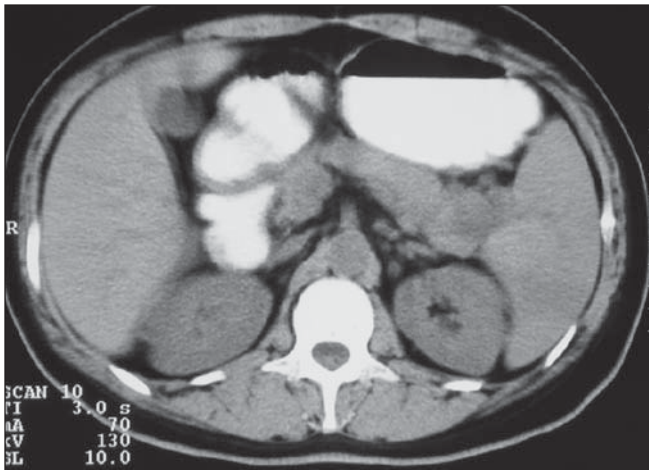
Recebido para publicação em 25/4/2005. Aceito, após revisão, em 5/7/2005.



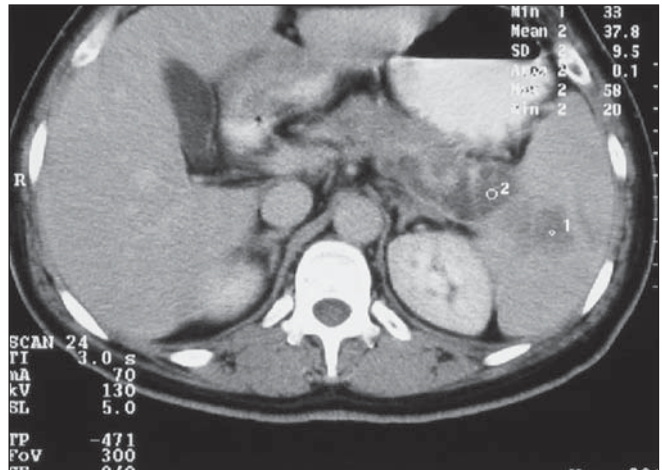
Figura 1. Radiografia do tórax, incidência pósterio-anterior. Não se evidenciam lesões sugestivas de tuberculose pulmonar.

miliar, encontrando incidência de 2,1% de envolvimento deste órgão.

Entre 1980 e 1998 foram publicados 14 casos na literatura⁽⁵⁾. A maioria desses casos eram jovens, com idade média de 33 anos, e a maior parte deles teve sintomas constitucionais e dor epigástrica. Em oito casos, apenas o pâncreas foi afetado. O diagnóstico foi realizado por laparotomia em sete casos. Punção aspirativa com agulha fina foi realizada em seis casos, e em dois destes foi guiada por tomografia computadorizada. A citologia do aspirado foi sugestiva de tuberculose em quatro casos. Portanto, a punção aspirativa com agulha fina é recomendada quando há suspeita de tuberculose pancreática como diagnóstico diferencial de tumor pancreático^(6,7). De



A



B

Figura 2. Tomografia sem (A) e com (B) contraste. Lesões hipodensas em cauda de pâncreas e baço, com realce pós-contraste.

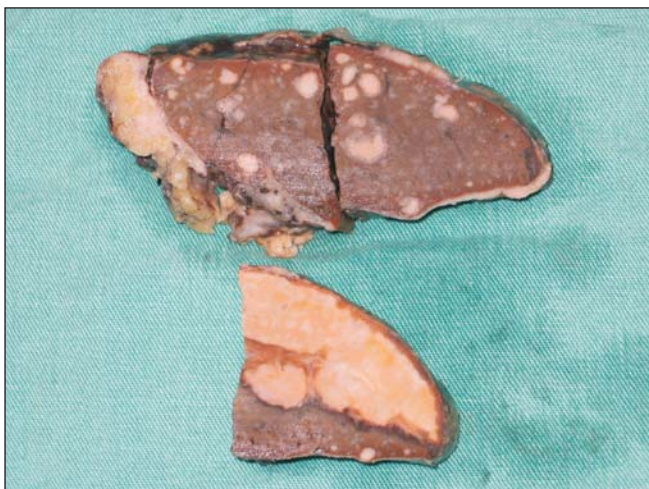


Figura 3. Peça cirúrgica demonstrando múltiplos nódulos brancacentos no baço.

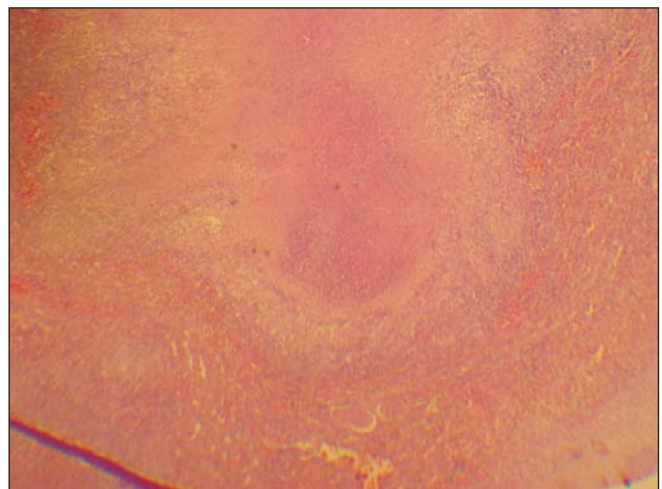


Figura 4. Exame histopatológico mostra granulomas epitelióides com necrose central tipo caseosa.

dez casos em que foi realizado o teste tuberculínico, oito apresentaram resultado positivo. Este é um teste simples e barato que pode auxiliar no raciocínio clínico.

O diagnóstico de tuberculose pancreática pode ser freqüentemente esquecido ou postergado, a menos que haja evidência de tuberculose pulmonar em outro local. Entretanto, dos 14 casos publicados⁽⁵⁾, 8 não apresentavam lesões extrapancreáticas e apenas 3 apresentavam-se com envolvimento pulmonar.

A tuberculose pancreática pode apresentar-se com vários sinais e sintomas, incluindo dor em abdome superior, icterícia obstrutiva simulando tumor de cabeça de pâncreas, febre de origem indeterminada e sintomas não-específicos como perda de

peso. A maioria dos casos apresentou sintomas constitucionais e dor em abdome superior⁽⁵⁾.

CONCLUSÃO

O diagnóstico de tuberculose pancreática requer alto nível de suspeição, e embora seja uma condição rara, deve ser considerada como diagnóstico diferencial em pacientes com lesão pancreática, especialmente aqueles com sintomas constitucionais. O teste tuberculínico pode ser de valor diagnóstico. Entretanto, a punção aspirativa com agulha fina guiada por tomografia computadorizada surge como método propedêutico de escolha, por ser pouco invasivo e pela boa especificidade.

REFERÊNCIAS

1. Watanapa P, Vathanopas V. Tuberculous pancreatic abscess: a rare condition mimicking carcinoma. *HPB Surg* 1992;5:209-213.
2. Lo SF, Ahchong AK, Tang CN, Yip AW. Pancreatic tuberculosis: case reports and review of the literature. *J R Coll Surg Edinb* 1998;43:65-68.
3. Paraf A, Menanger C, Texier J. La tuberculose du pancreas et la tuberculose des ganglions de l'étage supérieur de l'abdomen. *Rev Med Chir Mal Foie* 1996;41:101-126.
4. Auerbach O. Acute generalized miliary tuberculosis. *Am J Pathol* 1944;20:121-136.
5. Ahmad Z, Bhargava R, Pandey DK, Sharma DK. Pancreatic tuberculosis – a case report. *Ind J Tuberc* 2003;50:221-223.
6. Ali RAR, Azfar M, Al-Jarallah M. Isolated pancreatic tuberculosis – a case report. *Kuw Med J* 2004;36:290-292.
7. Riaz AA, Singh A, Robshaw P, Isla AM. Tuberculosis of the pancreas diagnosed with needle aspiration. *Scand J Infect Dis* 2002;34:303-304.