

**Múltiplos abscessos abdominais por *Mycobacterium tuberculosis***

**Abdominal abscess multiple by *Mycobacterium tuberculosis***

DOI:10.34119/bjhrv3n6-267

Recebimento dos originais:03/11/2020

Aceitação para publicação:16/12/2020

**André Nazário de Oliveira**

Mestre em Ciências Médicas

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas -  
FCM/UNICAMP

Endereço: Hospital Regional de Cacoal. Av Malaquita, 3567. Josino Brito. Cacoal - RO. CEP:  
76961-887

E-mail: andrenazario@hotmail.com

**Angelo Bruno Pagoto**

Especialização/Residência Médica em Clínica Médica

Hospital Regional de Cacoal

Hospital Regional de Cacoal. Av Malaquita, 3567. Josino Brito. Cacoal - RO. CEP: 76961-887

E-mail: angelo@pagoto.com.br

**Danilo Márcio Cardoso**

Especialização/Residência Médica em Clínica Médica

Hospital Regional de Cacoal

Hospital Regional de Cacoal. Av Malaquita, 3567. Josino Brito. Cacoal - RO. CEP: 76961-887

E-mail: danilo\_marcio@hotmail.com

**Barbara Silvestre Vicentim**

Especialização/Residência Médica em Clínica Médica

Hospital Regional de Cacoal

Hospital Regional de Cacoal. Av Malaquita, 3567. Josino Brito. Cacoal - RO. CEP: 76961-887

E-mail: barbara\_vicentim@hotmail.com

**Gabriel Carrijo Marques**

Especialização/Residência Médica em Clínica Médica

Hospital Regional de Cacoal

Hospital Regional de Cacoal. Av Malaquita, 3567. Josino Brito. Cacoal - RO. CEP: 76961-887

E-mail: gabrielcamarques@hotmail.com

**Cristhiany Ragnini Oliveira**

Especialização/Dermatologista

Sociedade Brasileira de Dermatologia

Hospital Regional de Cacoal. Av Malaquita, 3567. Josino Brito. Cacoal - RO. CEP: 76961-887

E-mail:cristhianyrag@hotmail.com

**Leonardo Peixoto Domingos**

Especialização/Radiologia

Fundação Pio XII - Hospital do Cancer de Barretos-SP

Hospital Regional de Cacoal. Av Malaquita, 3567. Josino Brito. Cacoal - RO. CEP: 76961-887

E-mail:leonardo.peixoto@hotmail.com

**Lorena Castoldi Tavares**

Especialização/Infecologia

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Hospital Regional de Cacoal. Av Malaquita, 3567. Josino Brito. Cacoal - RO. CEP: 76961-887

E-mail:lorenacastoldi1@gmail.com

**Guilherme Eler de Almeida**

Especialização/Pneumologia

Hospital das Clínicas - Universidade Estadual de São Paulo - HC/USP-SP

Hospital Regional de Cacoal. Av Malaquita, 3567. Josino Brito. Cacoal - RO. CEP: 76961-887

E-mail:guieler@yahoo.com.br

**RESUMO**

A tuberculose é uma doença de localização predominante em pulmões. As formas extrapulmonares correspondem por aproximadamente 15 – 20% dos casos, sendo que sempre que tais casos surgirem é de suma importância pesquisa de HIV ou outras condições de imunodeficiência no paciente. Este relato visa expor o caso de um paciente que apresentou uma forma rara da doença evoluindo de forma rápida, com múltiplos abscessos abdominais. O estudo foi elaborado através da história clínica do paciente além do levantamento de exames laboratoriais e de imagem do prontuário do mesmo.

**Palavras-chave:** Tuberculose, Múltiplos abscessos abdominais.

**ABSTRACT**

Tuberculosis is a localized disease prevalent in the lungs. The extrapulmonary forms correspond for approximately 15 - 20% of the cases, and whenever such cases arise it is of utmost importance to research HIV or other immunodeficiency conditions in the patient. This report aims to expose the case of a patient who presented a rare form of the disease evolving rapidly, with multiple abdominal abscesses. The study was elaborated through the clinical history of the patient in addition to the survey of laboratory tests and images of the patient's medical record.

**Keywords:** Tuberculosis. Multiple abdominal abscesses.

**1 INTRODUÇÃO**

A tuberculose (TB) abdominal inclui o envolvimento do trato gastrointestinal, peritônio, linfonodos, bem como órgãos sólidos<sup>[1-4]</sup>, e representa cerca de 5% de todos os casos de TB em todo o mundo<sup>[5]</sup>.

A TB abdominal pode se manifestar com envolvimento de qualquer um dos seguintes locais: peritônio, esôfago, estômago, trato intestinal, árvore hepatobiliar, pâncreas, área perianal e linfonodos. As formas mais comuns de doença incluem o envolvimento do peritônio, intestino e / ou fígado.

A TB abdominal pode ocorrer por meio da reativação da infecção latente de TB ou pela ingestão de *Mycobacterium tuberculosis*, como em alimentos cotaminados pelo agente. No caso de TB pulmonar ativa ou TB miliar, o envolvimento abdominal pode se desenvolver via disseminação hematogênica via disseminação contígua para órgãos adjacentes<sup>[2]</sup>.

A seguir, relata-se o caso de um paciente jovem, sem comorbidades, com apresentação rara da TB.

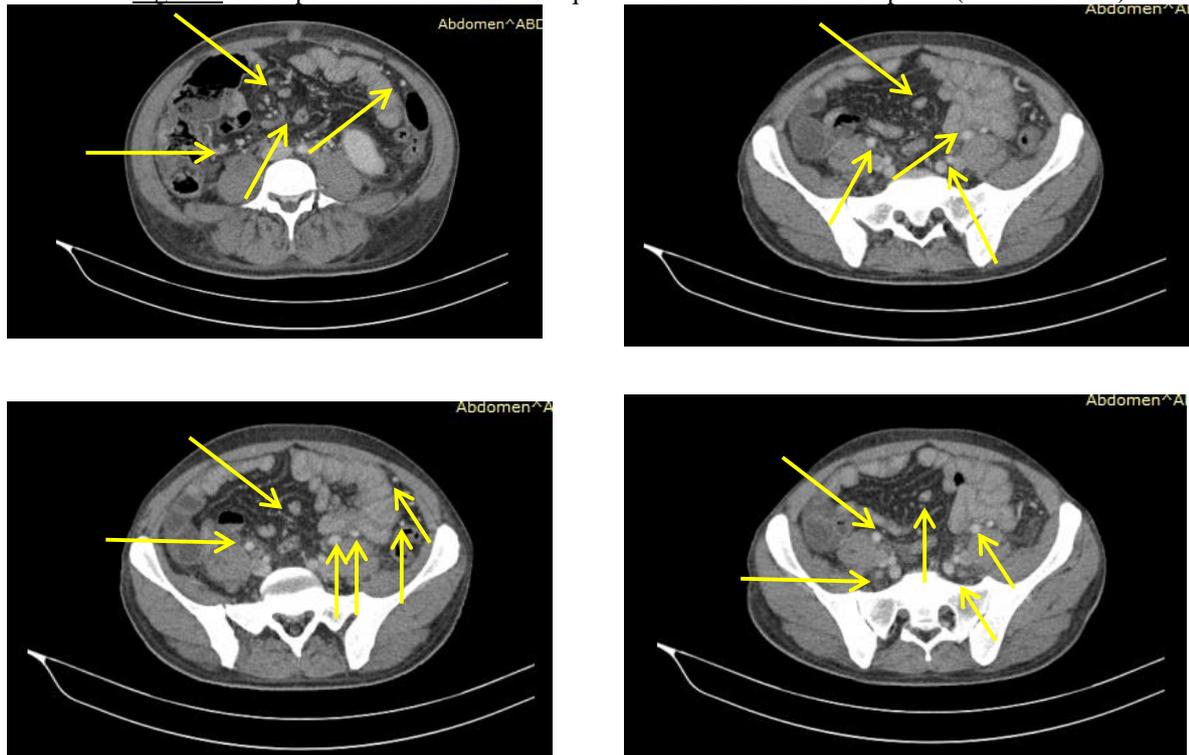
## 2 RELATO DE CASO

Paciente, 44 anos, sexo masculino, trabalhador rural, iniciou um quadro arrastado por 90 dias de febre baixa, de prevalência vespertina, inapetência, mal-estar abdominal e perda ponderal não quantificada. Em 2018, foi internado em 2 oportunidades distintas em seu município de origem para investigação do quadro sem diagnóstico fechado e em seguida encaminhado à um hospital terceirizado do interior de Rondônia para a continuidade da investigação.

Ao exame físico da admissão, estava icterico em escleras, linfonodomegalia cervical bilateral, sendo à esquerda profunda e fistulizada, além de febril, abatido e discretamente hipocorado. Naquele momento, exames laboratoriais revelaram: Hb: 6,8 g/dL; Ht: 22,3%; VCM: 78,8 fL; RDW: 18,8%; HCM: 24,0 pg; Leucócitos: 10770, sendo neutrófilos segmentados: 87%, Linfócitos: 5% e plaquetas: 254.000; Ureia: 32 mg/dL; Creatinina: 1,2 mg/dL; Na<sup>+</sup>: 130,0 mEq/L; K<sup>+</sup>: 3,2 mEq/L; Ca<sup>++</sup>: 9,6 mEq/L; TGO: 32 mg/dL; TGP: 12 mg/dL, GGT: 155 mg/dL, Amilase: 25 mg/dL; fosfatase alcalina: 250 mg/dL; VHS: 97 mm/hora; Anti-HIV positivo e IgG Anti *Schistosoma sp* positivo.

Em seguida, realizado Tomografia Computadorizada contrastada de abdome total que demonstrou múltiplas lesões sugestivas de abscessos (Figura1) em especial bilateralmente em músculo psoas, hepatomegalia, varizes perigástricas e aumento do calibre de veia porta.

Figura 1. Múltiplos abscessos com destaque aos bilaterais ao músculo psoas (setas amarelas).



Neste íterim as pesquisas de BAAR do escarro e no aspirado do linfonodo cervical, colhidos na admissão, assim como a prova tuberculínica vieram negativas. Ao final, ao realizar aspirado guiado por USG em abscessos de ambos os músculos psoas foi constatado presença de BAAR em pesquisa microscópica e PCR para TB (*Polymerase Chain Reaction*). Por suspeita inicial de tuberculose ganglionar, o paciente já havia iniciado tratamento de forma empírica dando assim continuidade à terapia com o esquema RHZE (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol). O paciente seguiu em acompanhamento para avaliação de regressão de suas lesões e apresentou melhora significativa do quadro clínico após terapia instituída.

### 3 DISCUSSÃO

A infecção latente de TB não tratada pode progredir rapidamente para tuberculose em pessoas que vivem com HIV, uma vez que o sistema imunológico já está enfraquecido. Após suspeita inicial, o paciente iniciou de forma empírica o esquema RHZE, pois uma vez sem tratamento, a TB pode progredir da doença à morte. Felizmente, há várias opções de tratamento para pessoas que vivem com HIV e que também têm infecção latente de TB ou doença tuberculosa.

#### 4 CONCLUSÃO

A TB continua a ser um importante problema médico, social e econômico em muitos países em desenvolvimento. O sítio mais comum da TB é o pulmão, seguido pelo trato gastrointestinal e sistema geniturinário. A TB abdominal compreende infecção tuberculosa do trato gastrointestinal, mesentério, omento, peritônio e os órgãos sólidos relacionado ao trato gastrointestinal, como o fígado e o baço<sup>[7-12]</sup>.

O diagnóstico de TB abdominal continua sendo uma das tarefas mais desafiadoras na prática clínica. Com o aumento da imigração e do HIV, os médicos em todo o mundo enfrentam cada vez mais casos desconhecidos. Observamos que os equívocos comuns sobre a TB abdominal tem sido uma constante na prática clínica, devido a raridade da doença, sua associação “sempre” com TB pulmonar e por ser uma doença de classes menos favorecidas do ponto de vista sócio-econômicos<sup>[6]</sup>. Esses equívocos geralmente se torna, armadilhas para se chegar ao diagnóstico.

Atualmente, o diagnóstico de TB abdominal deve ser feito por uma combinação de achados clínicos, laboratoriais, radiográficos e patológicos. Um alto índice de suspeita é essencial para se chegar a esse resultado, já que a TB pode afetar virtualmente qualquer sistema orgânico do corpo e pode ser devastadora se não for tratada. A TB tem uma variedade de aparências radiológicas e podem imitar várias outras entidades patológicas. Um alto grau de suspeição clínica com as várias manifestações radiológicas da TB permitem auxiliar no diagnóstico e início precoce de tratamento, reduzindo assim as complicações da doença e a morbidade do paciente. Pessoas que vivem com HIV têm maior probabilidade do que outras de adoecer com TB. Em todo o mundo, a TB é uma das principais causas de morte entre pessoas que vivem com HIV. Sem tratamento - assim como no caso exposto - como com outras infecções oportunistas, o HIV e a TB podem atuar juntos para encurtar a expectativa de vida. Apesar dos esforços das equipes de saúde, a coinfeção ainda representa um grave problema, pois as pessoas contaminados por ambas as infecções são fontes potentes de propagação da doença, assim, é importante que o Estado leve em consideração a realidade local e busque medidas de redução e combate à essas doenças.

**REFERÊNCIAS**

1. Rathi P, Gambhire P. Abdominal Tuberculosis. *J Assoc Physicians India* 2016; 64:38.
2. Debi U, Ravisankar V, Prasad KK, et al. Abdominal tuberculosis of the gastrointestinal tract: revisited. *World J Gastroenterol* 2014; 20:14831.
3. Evans RP, Mourad MM, Dvorkin L, Bramhall SR. Hepatic and Intra-abdominal Tuberculosis: 2016 Update. *Curr Infect Dis Rep* 2016; 18:45.
4. Vaid U, Kane GC. Tuberculous Peritonitis. *Microbiol Spectr* 2017; 5.
5. Sharma SK, Mohan A. Extrapulmonary tuberculosis. *Indian J Med Res* 2004; 120:316.
6. Haddad FS, Ghossain A, Sawaya E, Nelson AR. Abdominal tuberculosis. *Dis Colon Rectum* 1987;30:724-735. PubMed PMID: 3304887.
7. Akinoglu A, Bilgin I. Tuberculous enteritis and peritonitis. *Can J Surg* 1988;31:55-8.
8. Lisehora GE, Lee M, Barcia PJ. Exploratory laparotomy for diagnosis of tuberculous peritonitis. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 169:299-302.
9. Aston NO. Abdominal tuberculosis [review]. *World J Surg* 1997;21:492-9.
10. Weeragandham BRS, Lynch FP, Cauty TG, Collins DL, Dankner WM. Abdominal tuberculosis in children: review of 26 cases. *J Pediatr Surg* 1996;31:170-6.
11. Vanderpool DM, O'Leary JP. Primary tuberculous enteritis [review]. *Surg Gynecol Obstet* 1988;167:167-73.
12. Chen WS, Su WJ, Wang HS, Jiang JK, Lin JK, Lin TC. Large bowel tuberculosis and possible influencing factors for surgical prognosis: 30 years experience. *World J Surg* 1997;21:500-4