

## **Tuberculose abdominal de apresentação atípica acometendo próstata e fígado, com disseminação miliar pulmonar: relato de caso**

### **abdominal tuberculosis of atypical presentation accompeting prostate and phygum, with pulmonary mile dissemination: case report**

DOI:10.34119/bjhrv4n2-298

Recebimento dos originais: 04/02/2021

Aceitação para publicação: 06/03/2021

#### **Antônio Henrique Lucano Milhomem Pereira**

Médico residente em radiologia e diagnóstico por imagem  
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão  
Av 4, Qd 29, Lote 2, Ed. Francisco Neves Regadas, Apto 1100, Ponta D'Areia, São Luís – MA.  
E-mail: ahmilhomem@gmail.com

#### **Thiara Castro de Oliveira Memória**

Médica radiologista com mestrado profissional em Atenção Básica (Profsaúde/Fiocruz)  
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão  
Rua das Boninas, 130, Torre C2, Apto 1401, CEP 65077552, São Luís – MA  
E-mail: thiaracastro@gmail.com

#### **Emille Nascimento Dias**

Médica residente em radiologia e diagnóstico por imagem  
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão  
Rua H-15, 01, condomínio Ilhas Gregas, Parque Shallon, São Luís – MA  
E-mail: emille.nascimento@hotmail.com

#### **Mayara Rayssa Mendes dos Santos**

Médica residente em radiologia e diagnóstico por imagem  
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão  
Av. Neiva Moreira, número 400, condomínio Grand Park dos Pássaros, bloco graúna,  
Apto 308, bairro Calhau, São Luís – MA  
E-mail: mayara\_rayssa@hotmail.com

#### **Antônio Vicente da Silva Neto**

Médico radiologista  
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão  
Rua Madressilva, 32, Ponta D'Areia, São Luís – MA  
E-mail: neto.ufma@yahoo.com.br

#### **Hugo Aguiar Brito**

Médico radiologista  
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão  
Av. Neiva Moreira, número 2, condomínio Grand Park Águas, Torre Coral, Apto 104,  
Calhau, São Luís – MA  
E-mail: hugo\_1293@hotmail.com

**Maíra Alves Rabelo**

Médica radiologista

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão  
Av. Joaquim Mochel, quadra 11, casa 03, parque pindorama  
E-mail: alves\_smaira@hotmail.com

**Diogo Andrade Gutiez**

Médico radiologista

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão  
Av. deputado Luís Eduardo Magalhães, Condomínio Jardins, Lombardia, Apto 604  
E-mail: diogogutiez@hotmail.com

**Luiz Alfredo Malheiros Simões Filho**

Médico mestre em implantodontia pela SLmandic-SP

CTR – Diagnóstico por imagem

Rua Monção, Ed. Bahrein, apto 303, Renascença 2, São Luís – MA  
E-mail: drluizalfredofilho@gmail.com

**Iara Rocha Rufino**

Médica radiologista

Hospital São Carlos – Fortaleza CE  
Rua Luís Girão, 575, Apto 402, bloco A, Cambeba, Fortaleza – CE  
E-mail: iarinaruf@gmail.com

**Lorena Lopes de Andrade**

Médica residente em radiologia e diagnóstico por imagem

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão  
Rua Coronel Belchior, número 3, Edifício Ecolagune, Apto 201, Ponta D'Areia, São  
Luís – MA  
E-mail: lorendrade@hotmail.com

**RESUMO**

A tuberculose tem como principais órgãos acometidos os pulmões, com o comprometimento abdominal ocorrendo em cerca de 12% dos pacientes com acometimento extrapulmonar (pleural e ganglionar são os mais frequentes). A forma abdominal pode envolver diversas estruturas, como os tratos gastrintestinal e geniturinário, fígado, baço, pâncreas, peritônio e linfonodos, afetando órgãos sólidos em cerca de 10% dos casos, com o comprometimento hepático ocorrendo em menos de 1% de todas as infecções tuberculosas. Este trabalho tem como objetivo apresentar um caso raro de tuberculose macronodular no fígado e próstata, com apresentação radiológica atípica pseudotumoral, em um paciente com tuberculose miliar pulmonar.

**Palavras-chave:** Tuberculose, Tuberculose abdominal, Tuberculose prostática, Tuberculose hepática, Tuberculose miliar, Tuberculose pseudotumoral.

**ABSTRACT**

The main organs affected by tuberculosis are the lungs, with abdominal involvement occurring in approximately 12% of patients with extrapulmonary involvement (pleural and ganglionar are the most frequent). The abdominal form may involve several structures, such as the gastrointestinal and genitourinary tracts, liver, spleen, pancreas,

peritoneum, and lymph nodes, affecting solid organs in about 10% of cases, with liver involvement occurring in less than 1% of all tuberculous infections. This paper aims to present a rare case of macronodular tuberculosis in the liver and prostate, with atypical pseudotumoral radiological presentation, in a patient with pulmonary miliary tuberculosis.

**Keywords:** Tuberculosis, Abdominal tuberculosis, Prostatic tuberculosis, Hepatic tuberculosis, Miliary tuberculosis, Pseudotumoral tuberculosis.

## 1 INTRODUÇÃO

A tuberculose tem como principais órgãos acometidos os pulmões, com o comprometimento abdominal ocorrendo em cerca de 12% dos pacientes com acometimento extrapulmonar (pleural e ganglionar são os mais frequentes).

A forma abdominal pode envolver diversas estruturas, como os tratores gastrointestinal e geniturinário, fígado, baço, pâncreas, peritônio e linfonodos. A peritonite é o achado tomográfico mais comum, seguida de doença linfonodal e comprometimento gastrointestinal, afetando órgãos sólidos em cerca de 10% dos casos. Comprometimento hepático ocorre em menos de 1% de todas as infecções tuberculosas, sendo a incidência exata desconhecida (subdiagnosticado e/ou subnotificado) e o diagnóstico muitas vezes retrospectivo (cirurgias ou autópsia).

A sintomatologia é bastante inespecífica, sendo febre, dor abdominal e perda de peso os sinais e sintomas mais prevalentes, e os diagnósticos diferenciais incluem doença de Crohn, adenocarcinoma, linfoma, amebíase, entre outros.

Este trabalho tem como objetivo apresentar um caso raro de tuberculose macronodular no fígado e próstata, com apresentação radiológica atípica pseudotumoral, em um paciente com tuberculose miliar pulmonar.

## 2 DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 49 anos, previamente hígido, deu entrada no hospital universitário com dor abdominal difusa há 3 meses, associada a febre vespertina com calafrios, prurido e icterícia, distensão abdominal, náuseas e vômitos, além de inapetência com perda de 24 kg de peso nesse período. Exames admissionais constataram elevação sérica importante das enzimas canaliculares e discreto aumento da bilirrubina direta e enzimas hepáticas. Marcadores tumorais negativos, exceto CA19.9 (157). Estudos por meio de tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM)

demonstraram lesões expansivas extensas, necróticas e heterogêneas no fígado (segmentos VI e VII), com invasão e dilatação de ductos biliares, além de extensa lesão expansiva necrótica prostática (FIGURAS 1-4). A TC de tórax evidenciou padrão nodular miliar (FIGURA 5). Havia ainda hipertrofia do lobo caudado e esplenomegalia. O paciente foi submetido à drenagem cirúrgica da via biliar com colocação de prótese, além de drenagem de abscesso prostático (ressecção transuretral). Os estudos anátomo-patológicos do fígado e próstata demonstraram necrose caseosa, hepatite granulomatosa e prostatite granulomatosa.

Diante da forte suspeita clínica, aliada aos exames de imagem e à demonstração histopatológica de sinais de inflamação granulomatosa e necrose caseosa, o diagnóstico de tuberculose deve ser considerado provável, visto a baixa sensibilidade da pesquisa de BAAR e cultura do material nesses casos. Portanto, iniciou-se o tratamento empírico com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RIPE) em novembro/2019. Após 27 dias do tratamento, o paciente obteve alta hospitalar com substancial melhora clínica e laboratorial.

Após 4 meses, foi readmitido com quadro de febre, icterícia e confusão mental, além de enzimas canaliculares elevadas. Iniciou-se terapia antimicrobiana de amplo espectro e foram realizados novos exames de imagem, que evidenciaram redução em tamanho e número das lesões nodulares pulmonares (FIGURA 6), apesar de relato de descontinuidade do tratamento ambulatorial pelo paciente. Houve ainda aumento evolutivo do componente central de necrose da lesão hepática (FIGURA 7), com sinais compatíveis com processo inflamatório/infeccioso perilesional associado à colangite (FIGURA 8), além de surgimento de vários nódulos (tuberculomas) no parênquima hepático. A lesão permanece envolvendo e infiltrando ductos biliares, determinando moderada dilatação das vias biliares a montante, notadamente no lobo esquerdo (FIGURA 9). O paciente foi submetido à drenagem do abscesso hepático, e manteve-se internado sob antibioticoterapia de amplo espectro até melhora clínico-laboratorial.

Como demonstrado, este relato de caso apresenta a combinação de mais de um padrão de classificação de tuberculose hepática proposta por Levine e Alvarez (FIGURA 10), com destaque para o volumoso abscesso cursando com obstrução de vias biliares e posterior colangite, além da presença de tuberculomas. Destaca-se ainda neste estudo o comprometimento por tuberculose na próstata e vesícula seminal esquerda, achados raros e usualmente associados com envolvimento renal, o que não foi demonstrado no caso

relatado.

### **3 CONCLUSÃO**

A tuberculose pode envolver praticamente qualquer órgão do corpo humano, sendo o acometimento abdominal e genitourinário de sintomatologia inespecífica. Suas várias apresentações radiológicas podem se assemelhar a inúmeras outras doenças, tornando o diagnóstico desafiador e muitas vezes postergando o tratamento específico. Portanto, um alto grau de suspeita clínica e o conhecimento das diversas manifestações radiológicas da tuberculose melhoram o prognóstico e reduzem a morbimortalidade do paciente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ROCHA, Eduardo Lima da et al. Tuberculose abdominal: uma revisão radiológica com ênfase em achados de tomografia computadorizada e ressonância magnética. *Radiol Bras*, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 181-191, June 2015.

Chong VH, Lim KS. Hepatobiliary tuberculosis. *Singapore Med J*. 2010;51:744-51.

Chong VH, Lim KS. Hepatobiliary tuberculosis: a review of presentations and outcomes. *South Med J*. 2008;101:356-61.

RODRIGUES, Natacha Jardim et al. Tuberculose genitourinária – uma apresentação rara de uma infecção ainda frequente nos doentes transplantados renais. *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 224-228, June 2017.

Brookes MJ, Field M, Dawkins DM, et al. Massive primary hepatic tuberculoma mimicking hepatocellular carcinoma in an immunocompetent. *MedGenMed*. 2006; 8(3):11.

CHATTOPADHYAY, B.; CHATTERJEE A.; DEBNATH, N. B.; BOLER, A. K. Primary hepatic tuberculosis in an immunocompetent lady masquerading as hepatic neoplasm. *Oncol. Gastroenterol. Hepatol. Reports Vol.2 / Issue 2 / Jul-Dec, 2013*

Xu XF, Yu RS, Qiu LL, et al. Gallbladder tuberculosis: CT findings with histopathologic correlation. *Korean J Radiol*. 2011;12:196-202.

Lawn SD, Zumla AI. Tuberculosis. *Lancet*. 2011;378:57-72.

Muttarak M, Chiangmai WN, Lojanapiwat B. Tuberculosis of the genitourinary tract: imaging features with pathological correlation. *Singapore Med J*. 2005;46:568-74.

Alvarez SZ. Hepatobiliary tuberculosis. *J Gastroenterol Hepatol*. 1998; 13: 833-839.

Levine C. Primary macronodular hepatic tuberculosis: US and CT appearances. *Gastrointest Radiol*. 1990; 15: 307-309.

## FIGURAS

FIGURA 1. RM coronal T2 da pelve (à esquerda) e axial T1 pós contraste (à direita) . Aumento prostático e extensa lesão expansiva/infiltrativa necrótica (hipovascular) ocupando toda a próstata e estendendo-se à base da vesícula seminal esquerda.

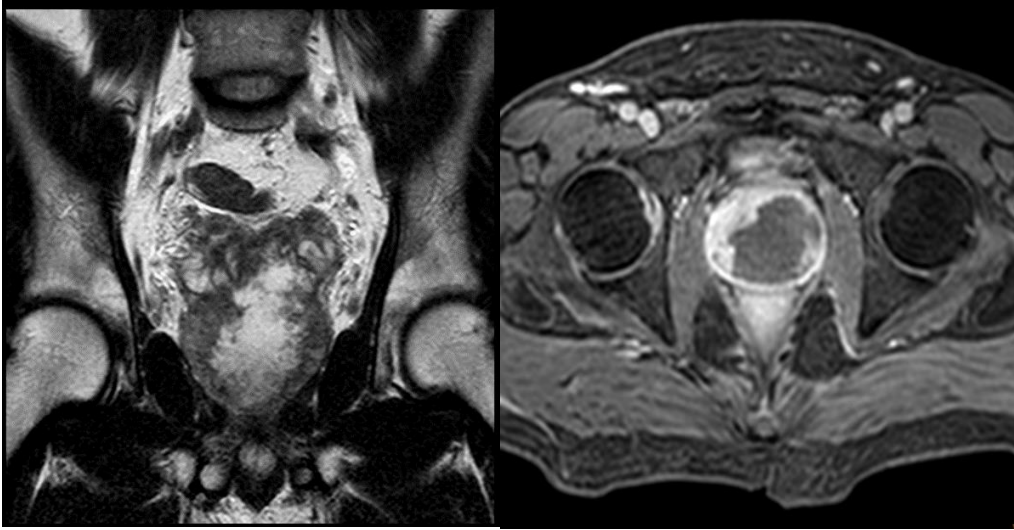


FIGURA 2. Coronal T2 do abdome superior. Extensa massa heterogênea expansiva/infiltrativa nos segmentos hepáticos VI e VII com componentes de hipo e hipersinal.

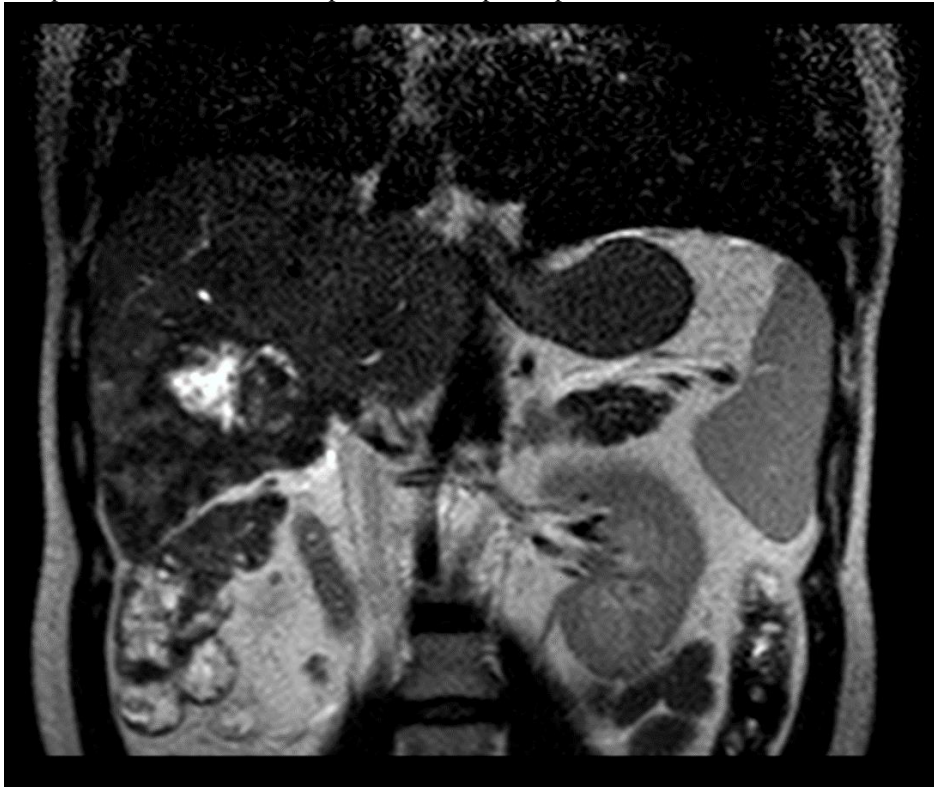




FIGURA 3. Axial T1 pós contraste. Extensa massa hepática difusamente hipovascular/componente necrótico nos segmentos VI e VII.

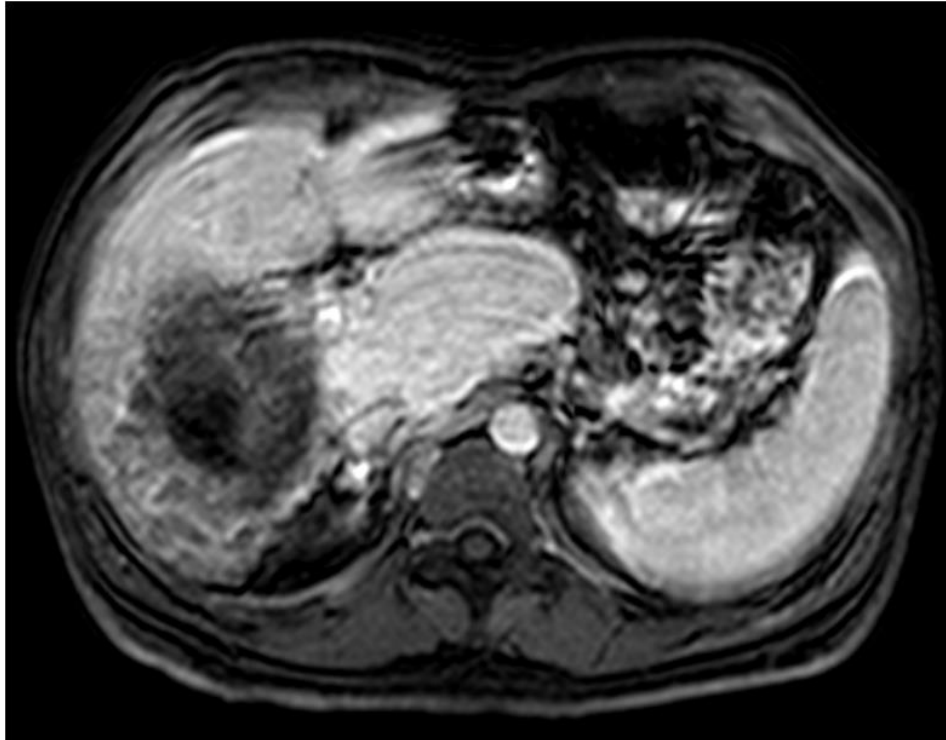


FIGURA 4. Colangiorm reconstrução. Dilatação moderada de ductos intra e extra-hepáticos determinados pela lesão hepática.

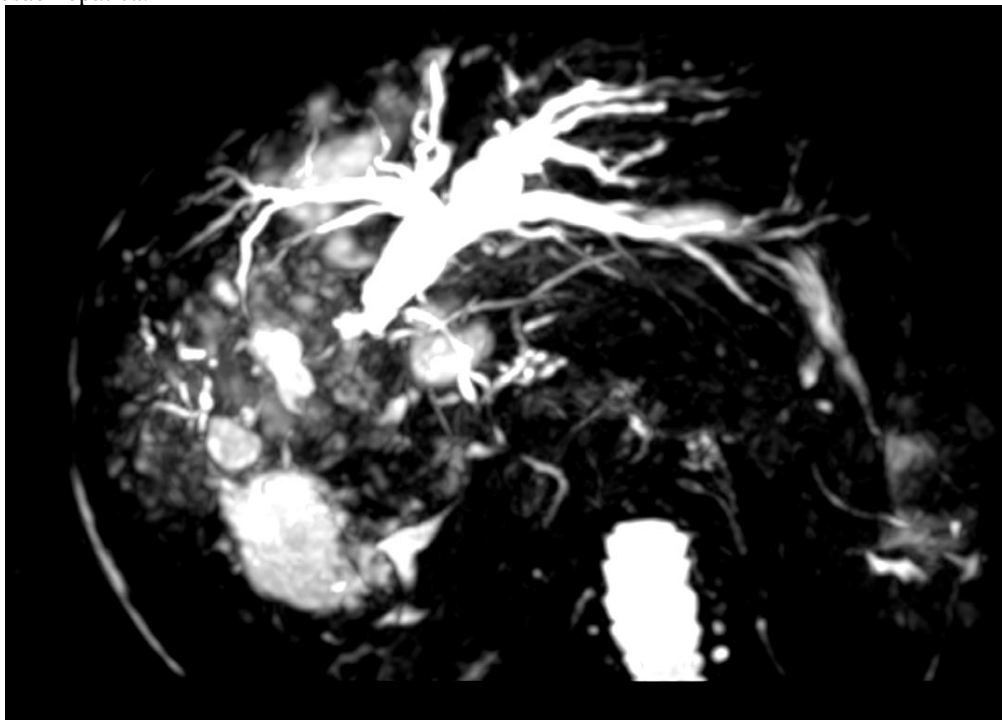




FIGURA 5. TC de tórax com múltiplos nódulos não calcificados e de distribuição randômica/miliar.

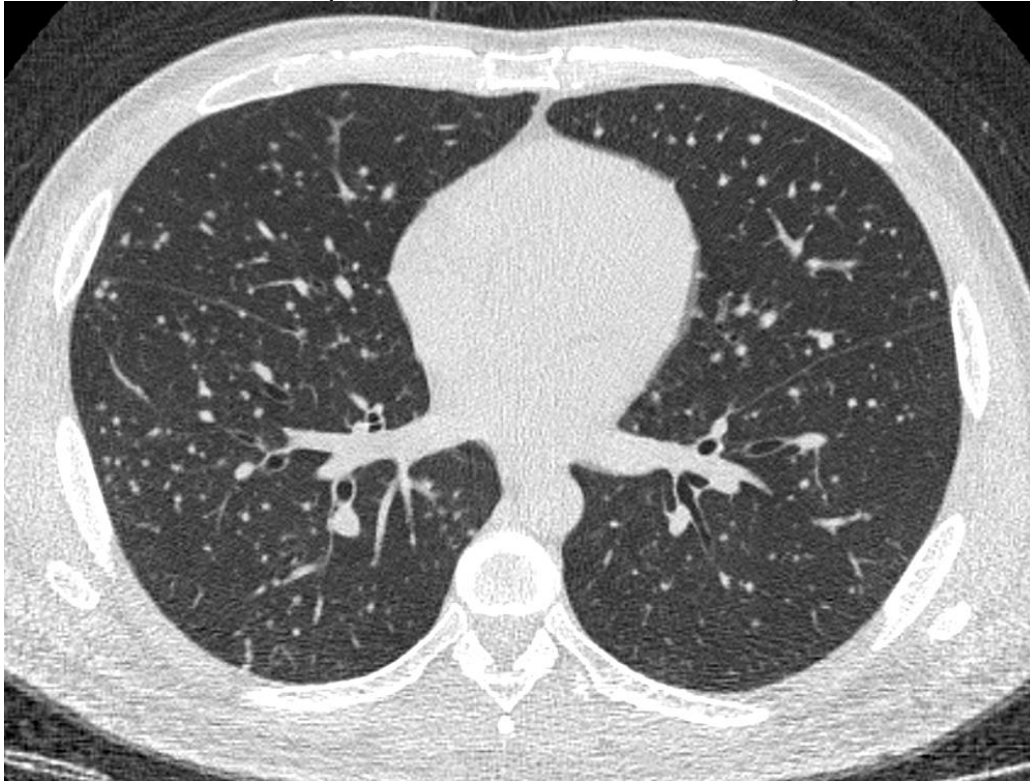


FIGURA 6. TC de tórax corte axial demonstrando redução do tamanho e do número das lesões nodulares após quatro meses de tratamento (antes do tratamento à esquerda, e após, à direita) com esquema RIPE, apesar do relato de irregularidade do tratamento.

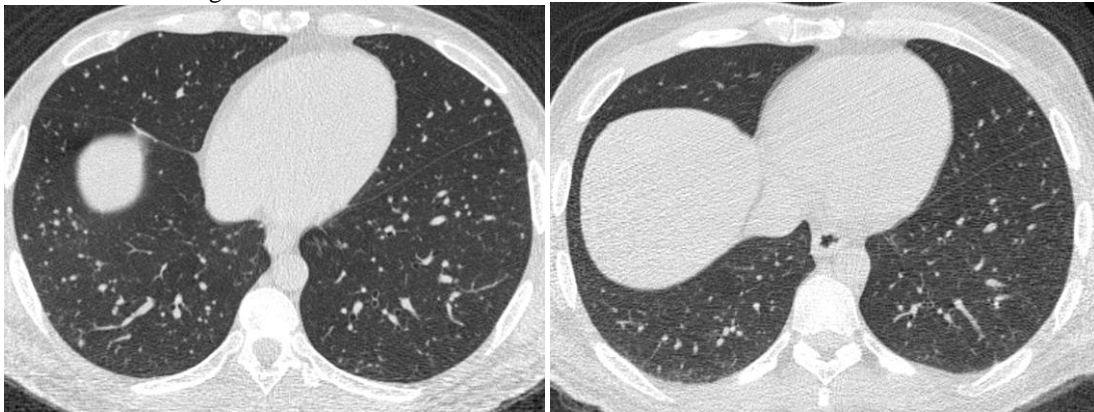


FIGURA 7 antes (esquerda) e após (direita). RM coronal T2 demonstrando aumento evolutivo do componente central de necrose (hipersinal) da lesão, além de surgimento de vários pequenos nódulos de baixo sinal esparsos (seta amarela) e outros agrupados pelo parênquima hepático (setas azuis) circundando a massa necrótica, sugestivos de tuberculomas, que foram confirmados posteriormente em abordagem cirúrgica.

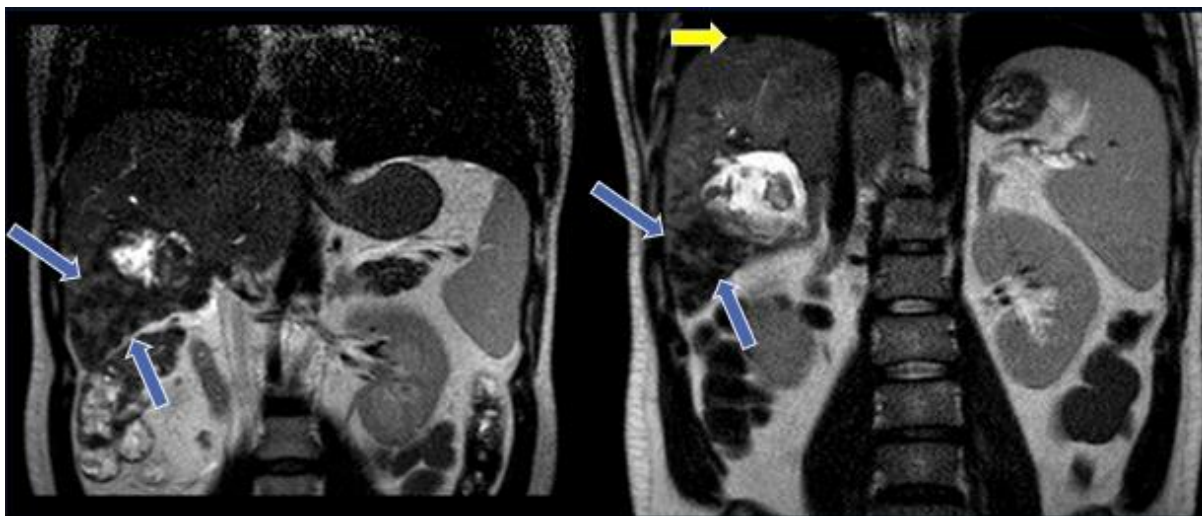


FIGURA 8. RM do abdome superior, axial T2 demonstrando nódulo de baixo sinal isolado em lobo esquerdo (tuberculoma), hipertrofia do lobo caudado com lobulações dos cortornos hepáticos, além de área mal definida com hipersinal no segmento VII, no plano superior à massa necrótica, sugerindo processo inflamatório/infeccioso perilesional (colangite).

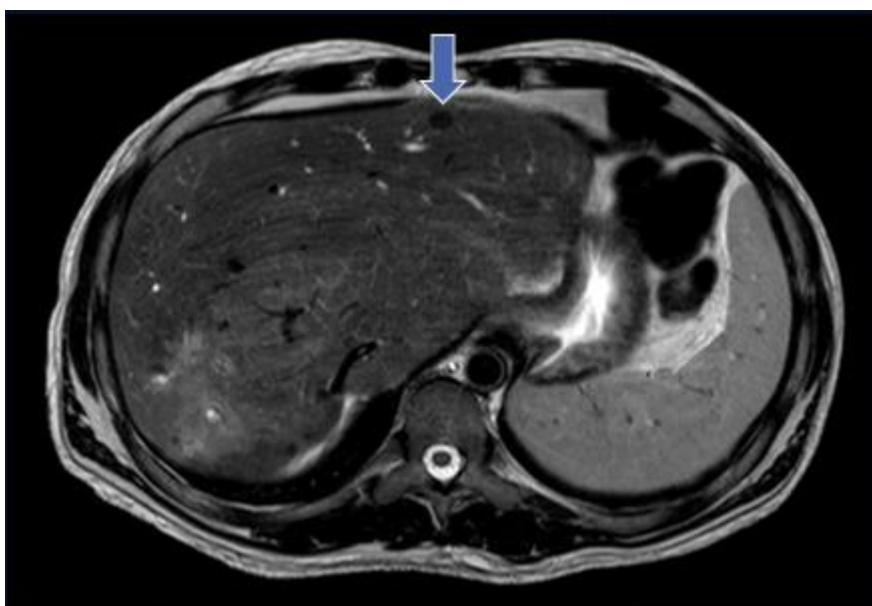


FIGURA 9. RM axial T2. A lesão envolve / infiltra o lúmen biliar ao nível da confluência dos ductos hepáticos, ramo biliar hepático esquerdo proximal e hepático comum, determinando moderada dilatação dos ductos biliares a montante (notadamente do lobo esquerdo – seta amarela). Setas e círculo azuis apontam nódulos isolados e agrupados circundando a massa necrótica sugestivos de tuberculomas. Havia ainda trombose do ramo portal direito e da veia hepática direita.

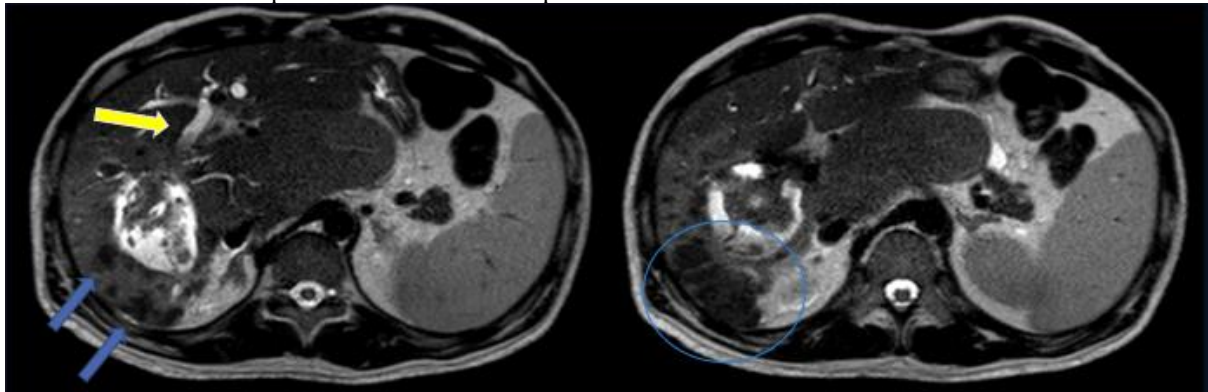


FIGURA 10. Tabela de classificação de tuberculose hepática proposta por Levine (1990) e Alvarez (1998).

| Levine (1990)                               | Alvarez (1998)   |
|---|--|
| 1. Tuberculose miliar;                      | 1. Tuberculose miliar;   |
| 2. Doença hepática e pulmonar concomitante; | 2. Hepatite tuberculosa;   |
| 3. Tuberculose hepática primária (isolada); | 3. Tuberculose hepatobiliar (pode simular hepatocarcinoma ou colangiocarcinoma). |
| 4. Tuberculose hepática abscedada;          |  |
| 5. Colangite tuberculosa                    |  |

FIGURA 11. RM axial T1 pós contraste. Marcada hipercaptação na fase arterial (à esquerda) na periferia da massa hepática, que tende a homogeneizar com o parênquima nas demais fases (à direita – fase portal), sugerindo componente inflamatório/infeccioso em atividade associado a colangite.

