

# Apresentação pseudotumoral de tuberculose pancreática

## A pseudotumoral presentation of pancreatic tuberculosis

*Diana Teixeira<sup>1</sup>, Ricardo Moreira<sup>1</sup>, Jorge Magalhães<sup>1</sup>,  
Manuel Ferreira<sup>2</sup>, Carlos Alpoim<sup>2</sup>, Pinto Correia<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral, <sup>2</sup> Consultor de Cirurgia Geral, <sup>3</sup> Diretor de Serviço de Cirurgia Geral

Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

### RESUMO

**Introdução:** A tuberculose é uma doença crónica, extremamente comum nos países em desenvolvimento, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. O principal órgão atingido é o pulmão. Em 12% dos casos cursa com envolvimento gastrointestinal, estando o pâncreas envolvido em 0,25% de todos os casos de tuberculose disseminada. A apresentação clínica é variável, podendo mimetizar qualquer patologia intra-abdominal. A tomografia computadorizada abdominal é o exame auxiliar de diagnóstico *goldstandard*, permitindo boa visualização da massa tumoral. Todavia, não permite o diagnóstico definitivo. **Métodos e resultados:** Paciente de 68 anos de idade, do sexo feminino, com antecedentes de HTA, depressão e pancreatite aguda, referenciada por quadro clínico de dor abdominal epigástrica, náuseas e anorexia. O estudo etiológico revelou nódulo no processo uncinado com 27mm e espessamento parietal da 2ª e sobretudo 3ª porção do duodeno, com dilatação desta última. O diagnóstico de pancreatite crónica bacilar com linfadenite granulomatosa associada foi confirmado no exame histopatológico após duodenopancreatotomia cefálica. **Discussão/Conclusão:** O diagnóstico de tuberculose pancreática requer alto nível de suspeita, e embora seja uma condição rara, deve ser considerada como diagnóstico diferencial nos pacientes com lesão pancreática, especialmente aqueles com sintomas constitucionais.

**Palavras chave:** *pancreatite bacilar, tuberculose.*

### ABSTRACT

**Introduction:** Tuberculosis is a very common chronic disease in developing countries, caused by *Mycobacterium tuberculosis*. The main target organ is the lung. In 12% of cases it presents with gastrointestinal involvement: the pancreas is involved in 0.25% of all cases of disseminated tuberculosis. The clinical presentation is variable and can mimic any intra-abdominal pathology. Abdominal CT is the best imaging study, allowing good visualization of a mass. However, it does not allow definitive diagnosis. **Methods and Results:** 68 years old female with past history of hypertension, depression and acute pancreatitis, referred to emergency department with epigastric pain, nausea and anorexia. The etiological study revealed a nodule in the uncinuate process with 27mm and wall thickening of the 2nd and 3rd of duodenum with dilatation of the latter. The diagnosis of bacterial chronic pancreatitis associated with granulomatous lymphadenitis was confirmed by histopathological examination after Whipple procedure. **Discussion / Conclusion:** The diagnosis of pancreatic tuberculosis requires a high level of suspicion, and although it is a rare condition, should be considered as a differential diagnosis in patients with pancreatic disease, especially those with constitutional symptoms.

**Key words:** *bacillary pancreatitis, tuberculosis.*



## INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença crônica extremamente comum nos países em desenvolvimento, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. O principal órgão atingido é o pulmão, condicionando necrose focal e destruição. Em 12% dos casos cursa com envolvimento gastrointestinal, estando o pâncreas envolvido em 0,25% de todos os casos de tuberculose disseminada. Os primeiros casos foram descritos por Auerbach em 1944.<sup>(1)</sup>

A patogênese da tuberculose pancreática não é bem conhecida. Alguns estudos sugerem que os bacilos alcançam o pâncreas por disseminação linfo-hematogénica de uma tuberculose primária ou secundária. A lesão primária pode ser intestinal com envolvimento pancreático através da disseminação pelos gânglios retroperitoneais.<sup>(1-4)</sup>

A apresentação clínica é variável, podendo mimetizar qualquer patologia intra-abdominal, incluindo neoplasia pancreática.<sup>(2,3)</sup>

## CASO CLÍNICO

Os autores descrevem o caso de uma doente do sexo feminino, 68 anos de idade, referenciada ao ser-

viço de urgência, por quadro clínico caracterizado por dor abdominal epigástrica com 1 mês de evolução, mas agravada nas 72 horas prévias ao recurso aos cuidados de saúde. A dor abdominal apresentava irradiação dorsal surgindo cerca de 2 horas após as refeições. Concomitantemente apresentava náuseas e anorexia, sem perda ponderal ou outras queixas constitucionais. Como antecedentes pessoais apresentava HTA, depressão e um episódio prévio de pancreatite aguda.

Ao exame objetivo apresentava-se ligeiramente descorada, com abdómen mole e depressível, ligeiramente doloroso à palpação profunda do epigastro e sem massas palpáveis ou organomegalias.

Foi solicitado estudo analítico que não revelava quaisquer alterações. Ainda no serviço de urgência efetuou TC toraco-abdomino-pélvica que revelou: *“Pâncreas de dimensões aumentadas na região cefálica e processo uncinado, com área hipodensa nodular no processo uncinado, mal definida, com cerca de 27 mm. Densificação da gordura e infiltrado / exsudado inflamatório peri-pancreático, com espessamento parietal da 2ª e sobretudo 3ª porção do duodeno, com dilatação desta última”*. A lesão apresentava clivagem preservada com as estruturas vasculares e o estômago e não revelava outras alterações (figura 1).

Optou-se por internamento para controlo algico e posterior investigação.

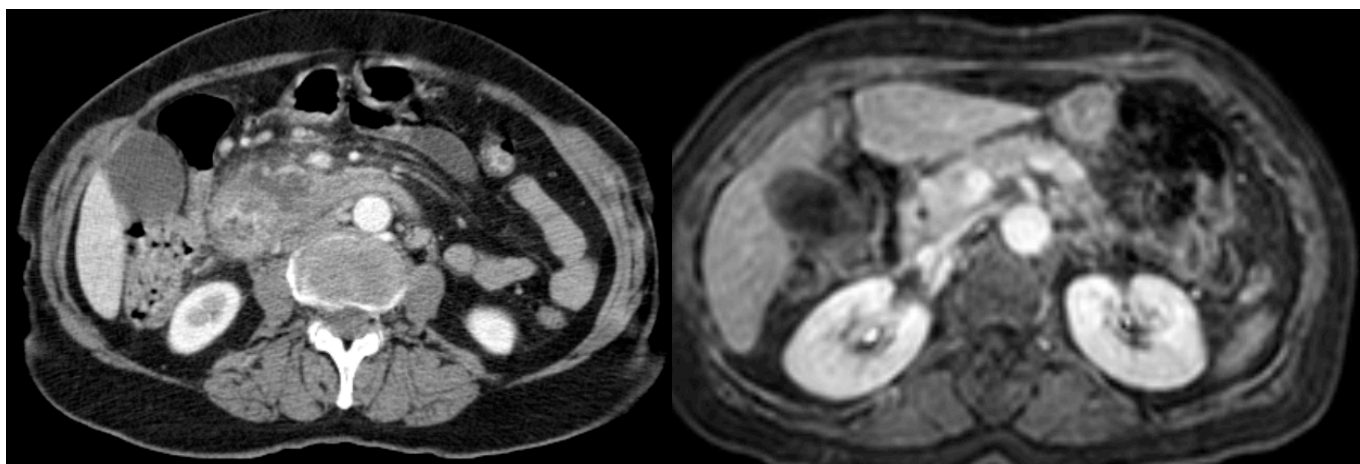


FIGURA 1 – Imagens de TC abdominal (esquerda) e colangiogramaRMN (direita) revelando área hipodensa nodular no processo uncinado, com 27 mm. Densificação da gordura e infiltrado / exsudado inflamatório peri-pancreático, com espessamento parietal da 2ª e sobretudo 3ª porção do duodeno.



Durante o internamento efetuou ainda marcadores tumorais que se apresentavam dentro dos parâmetros da normalidade, endoscopia digestiva alta (para esclarecimento do espessamento parietal do duodeno) que revelou *provável invasão duodenal de neoplasia cefalopancreática* (figura 2) e colangioRMN (que confirmou os achados da TC – figura 1).

Perante a hipótese de neoformação pancreática, aparentemente ressecável, sem sinais de metastização nos exames de estadiamento (marcadores tumorais e TC toracoabdominopélvico), optou-se pelo tratamento cirúrgico.

A doente foi submetida a duodenopancreatectomia cefálica, sem preservação pilórica, com gastrojejunosomia em Y de Roux, pancreaticojejunostomia terminolateral, sobre dreno tutor, e hepaticojejunostomia em dupla camada, após verificação intraoperatória de neoformação ao nível da cabeça e istmo pancreático, com planos de clivagem preservados em relação às estruturas vasculares, nomeadamente a veia mesentérica superior. O exame histopatológico afirmou o diagnóstico de **pancreatite crónica bacilar** com linfadenite granulomatosa associada (figura 3 B), apesar da coloração Ziehl-Neelsen ser inconclusiva. O pós-operatório e seguimento até ao momento (4 meses) decorreu sem intercorrências, tendo sido instituída terapêutica médica dirigida.

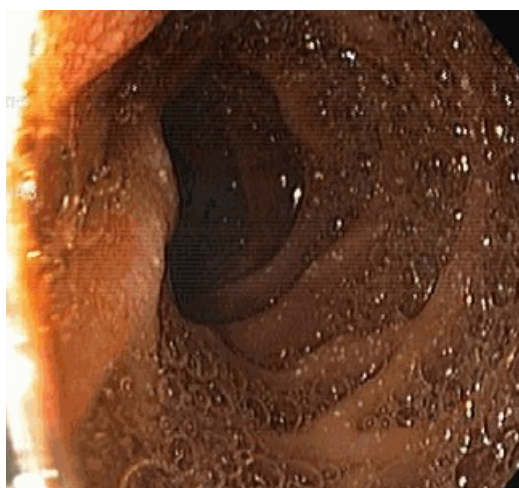


FIGURA 2 – Aspeto endoscópico digestivo alto revelando provável invasão duodenal de neoplasia cefalopancreática

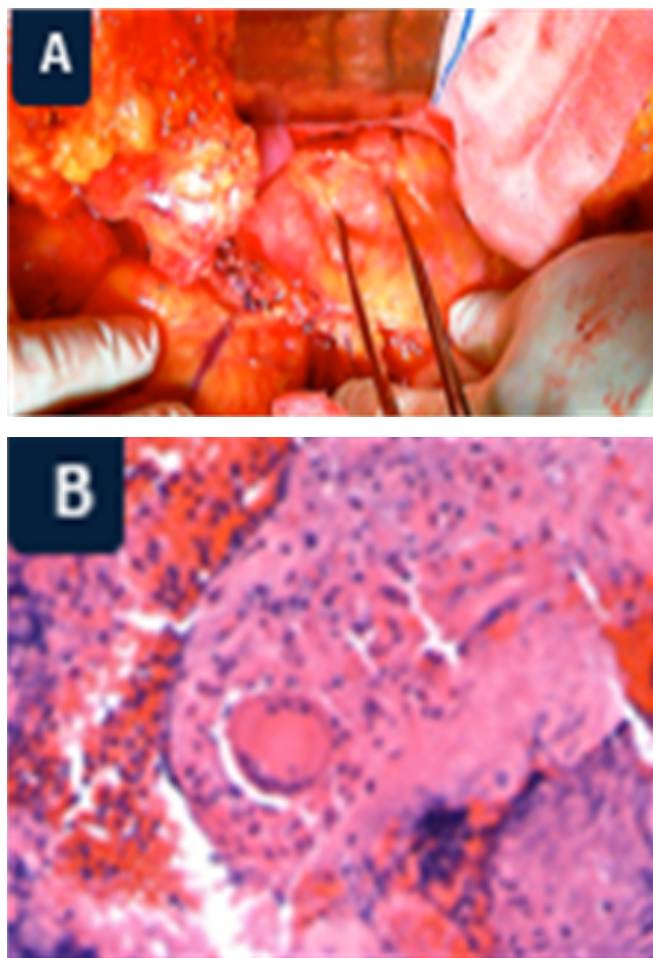


Figura 3 – Imagens intra-operatórias de duodenopancreatectomia cefálica (A: aspeto região cefalopancreática e processo uncinado; B: O exame histopatológico afirmou o diagnóstico de pancreatite crónica bacilar com linfadenite granulomatosa associada, apesar da coloração Ziehl-Neelsen inconclusiva).

## DISCUSSÃO

O atingimento pancreático, extremamente raro mesmo em países onde a incidência de tuberculose (TB) pulmonar é alta, geralmente está associado à forma miliar com prevalência de 0,25% dos casos. No entanto, o atingimento de forma isolada aparece em poucos casos relatados. Mesmo nos imunodeprimidos, o envolvimento pancreático é raro, sendo também a literatura a respeito muito escassa.

Numa revisão da literatura, verificou-se que a incidência em homens e mulheres tem uma relação de 1:1, com idade média de 40 anos.<sup>(4)</sup>



A sua patogênese não é bem conhecida. Sugere-se a disseminação linfo-hematogênica onde o foco primário pode ser pulmonar ou extrapulmonar com acometimento pancreático a partir dos linfáticos retroperitoneais ou por contiguidade a partir de um foco intestinal envolvido, secundariamente, pela ingestão de secreções infetadas.

A tuberculose pancreática manifesta-se, em geral, por sintomas sistêmicos inespecíficos como anorexia, astenia, perda de peso e dor abdominal epigástrica. Casos de abscesso pancreático, icterícia obstrutiva, pancreatite aguda ou crônica, hemorragia gastrintestinal por erosão da parede duodenal e trombose da artéria esplênica são manifestações resultantes do efeito de massa, podendo mimetizar doença maligna. As alterações endócrinas também podem mascarar o quadro.<sup>(2,3,4)</sup>

Os achados radiológicos não são específicos. A radiografia do tórax é normal em 50% a 80% dos casos.<sup>(1,4)</sup> A ecografia, tomografia computadorizada (TC) e a TC helicoidal ou ainda a ressonância magnética nuclear (RMN), geralmente revelam massa pancreática, a qual pode mimetizar, na maioria dos casos, lesão expansiva neoplásica ou abscesso. Outra forma de apresentação que pode surgir é a apresentação cística, capaz de mimetizar um pseudocisto ou cistoadenocarcinoma pancreáticos. A presença de outras evidências de tuberculose abdominal, como adenomegalias na região peripancreática e/ou mesentérica, espessamento mural afetando a região ileocecal, lesões noutros órgãos ou ascite, podem auxiliar no raciocínio diagnóstico. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), por sua vez, pode demonstrar obstrução decorrente do efeito de massa ou formação de estenose.<sup>(2)</sup>

Os bacilos ácido-álcool resistentes são apenas identificados em 20 a 40% dos casos, e os exames culturais são positivos em cerca de 70% das situações, mesmo quando se trata de amostras colhidas durante a intervenção cirúrgica. Os granulomas caseosos são observados em 75 a 100% dos casos.<sup>(4)</sup> Contudo, a sua ausência não exclui o diagnóstico de tuberculose, concluindo-se, assim, que o diagnóstico histológico

não é indiscutível. No sentido de maior sensibilidade e possibilidade de realizar um diagnóstico mais rápido face à microscopia ou exames culturais, o exame de quantificação de *M. tuberculosis* pela PCR (polimerase chain reaction) constitui uma alternativa para os casos de culturas negativas.

A apresentação clínica e imagiológica mimetiza lesão neoforativa do pâncreas, sendo o diagnóstico de tuberculose pancreática raramente colocado inicialmente, exceto quando há elevado grau de suspeição, relacionado com a história pessoal e familiar, assim como na existência de comportamentos de risco.<sup>(2,4)</sup>

O caso clínico que apresentamos retrata essa dúvida, pois trata-se de uma doente cujos antecedentes pessoais não fariam antever o diagnóstico. A clínica e os exames laboratoriais, tal como na maioria dos casos descritos, eram pouco específicos (o exame físico não apresentava evidência clínica de tuberculose pulmonar: hipersudorese, perda ponderal ou hemoptises) e os exames de imagem, ao alertar para a presença de uma lesão a nível cabeça/processo uncinado do pâncreas, levantaram a suspeita de lesão neoforativa. Sendo este o diagnóstico mais provável e, na elevada possibilidade de ressecabilidade desta massa, a opção foi o tratamento cirúrgico. Não foi efetuado lavado brônquico dada a ausência clínica de suspeita de tuberculose pulmonar.

Não obstante a opção adotada, a American Joint Comissin of Cancer assume como consenso que a biópsia aspirativa por agulha fina guiada por ecoendoscopia (EUS- FNA) constitui o método de diagnóstico de escolha para o estudo de massas pancreáticas.<sup>(5)</sup> No caso relatado não foi efetuada ecoendoscopia pré-operatória, dada a elevada suspeita de lesão maligna ressecável, em detrimento de tuberculose pancreática.

A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes no exame histopatológico é virtualmente diagnóstica. A ecoendoscopia e biópsia por agulha fina associada é um procedimento seguro e valioso. Nas lesões sólidas tem uma acuidade elevada, apesar de não poderem ser menosprezadas as suas limitações na presença de





alterações inflamatórias, que podem levar a diagnósticos falsos negativos ou falsos positivos. Assim, os resultados devem ser interpretados cautelosamente, de acordo com o contexto clínico e suspeita de malignidade, podendo eventualmente ser útil a repetição da punção. A análise bioquímica isolada dos níveis de CEA do fluido aspirado apresentou um papel relevante na distinção do potencial de malignidade das lesões. A ecoendoscopia e biópsia por agulha fina associada teriam provavelmente conduzido ao diagnóstico, evitando a necessidade de medidas invasivas. Um alto índice de suspeição e perspicácia clínica deve ser mantido para ajudar a evitar a necessidade de laparotomia em tais pacientes.

O tratamento da tuberculose gastrointestinal é médico com esquema triplo com isoniazida, pirazinamida e rifampicina, por um período de 9 a 12 meses.

Nos doentes com infecção pelo VIH, e devido à maior taxa de resistências aos tuberculostáticos, dever-se-á adicionar outro anti-bacilar (etambutol ou estreptomina) com a eventual necessidade de prolongamento do tempo de terapêutica. A terapêutica cirúrgica fica assim reservada para complicações gastrintestinais da tuberculose como perfuração, hemorragia ou obstrução, ou caso existam dúvidas no diagnóstico, nomeadamente suspeita de lesão neoplásica.

## 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 suspeita de malignidade.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lopes AJ, Capone D, Mogami R et al; Tuberculose extrapulmonar: aspectos clínicos e de imagem; Pulmão RJ 2006; 15(4):253-261
2. Henrique Pereira Faria et al. Tuberculose pancreática: relato de caso e revisão da literatura. Radiol Bras 2007; 40(2):143-145
3. Small PM, Fujiwara PI. Medical Progress-Management of Tuberculosis in the United States; N Eng J Med 2001; 345:189-200.
4. S.K.Ahlawat, A.Pishvaian, J.H. Lewis, N. G. Haddad, Pancreatic tuberculosis diagnosed with endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration. J. Pancreas (on line) 2005; 6(6):598-602.
5. Exocrine pancreas. In: Greene FL, Page DL, Fleming ID, et al, eds. AJCC Cancer Staging Handbook, 6th ed. New York: Springer-Verlag, 2002: 182.

#### *Correspondência:*

DIANA TEIXEIRA

e-mail: teixeira.diana@gmail.com

#### *Data de recepção do artigo:*

23/02/2014

#### *Data de aceitação do artigo:*

31/08/2015

