



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 19 • Dezembro 2011

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Pseudotumor Pancreático – Um caso de Tuberculose Abdominal

Pancreatic pseudotumor – A case report of Abdominal tuberculosis

Amaro M.¹, Félix R.², Silva A.², Caravana J.³

¹Interna de Cirurgia Geral, ²Assistente Hospitalar, ³Director de Serviço
Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Espírito Santo de Évora E.P.E.

RESUMO

A tuberculose é uma doença causada por agentes pertencentes ao complexo constituído pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que têm uma distribuição universal no organismo, podendo atingir qualquer órgão. ^(1,2)

Os autores apresentam um caso clínico de tuberculose abdominal numa doente de 75 anos de idade, sem antecedentes de risco, na qual os exames complementares de diagnóstico orientavam para o diagnóstico de neoplasia pancreática. A cirurgia, que consistiu em biópsia excisional da lesão, foi decisiva para o diagnóstico e para o tratamento da doente.

Palavras Chave: Tuberculose pancreática, Tuberculose Peripancreática, Tumor do Pâncreas.

ABSTRACT

Tuberculosis is a frequent disease caused by *Mycobacterium tuberculosis* and can be present in every organ. ^(1,2) The authors report a 75 years old woman case of abdominal tuberculosis, who had clinical e imagiological suspicion of pancreatic cancer and in whom surgery was the key for diagnosis and treatment.

Key words: Pancreatic tuberculosis, Peripancreatic tuberculosis, Pancreatic tumour

INTRODUÇÃO

A Tuberculose é uma doença comum, mas o envolvimento pancreático ou gânglionar peripancreático, são situações relativamente raras, mesmo em situações de Tuberculose disseminada. Existem muito poucos casos descritos de Tuberculose Pancreática. É uma patologia difícil de diferenciar de Carcinoma do Pâncreas.^(1,3,5)

Os autores pretendem lembrar que existem situações patológicas que, tal como a Tuberculose, podem

mimetizar outras, levando por vezes à necessidade de abordagem cirúrgica para a obtenção de um diagnóstico definitivo.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, de 75 anos de idade, residente em Montoito-Évora. Cerca de 6 meses antes do internamento iniciou queixas de dor abdominal localizada ao epigastro e hipocôndrio direito, que surgia





Figura 1: Num plano superior ao corpo do pâncreas, presença de lesão expansiva, ovóide com 54x34x21 mm, que se insere na cabeça e istmo do pâncreas.

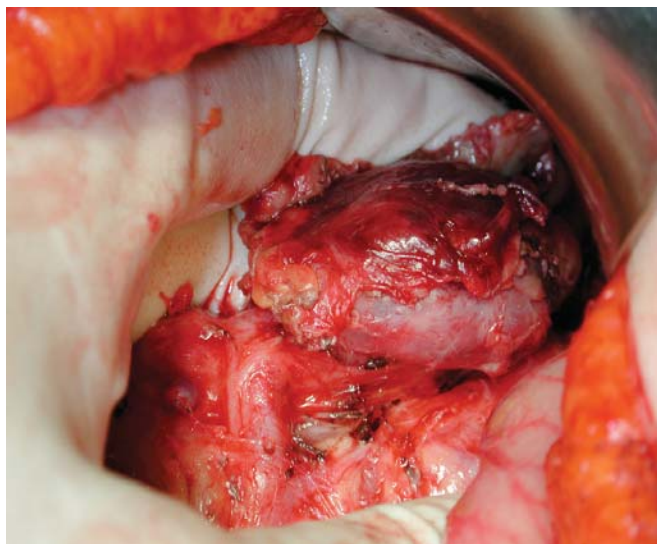


Figura 2: Exposição do pâncreas e de tumor com 6 cm, que o cavalga assim como ao tronco celíaco.

cerca de 2 horas após as refeições e era concomitante com quadro de astenia, anorexia e perda de peso não quantificada. Ao exame objectivo apresentava-se emagrecida, ligeiramente descorada e com abatimento do estado geral. O abdómen era mole e depressível, não doloroso e sem massas palpáveis ou organomegalias.

Como antecedentes pessoais destacava-se um carcinoma da mama operado há 30 anos por mastectomia de Madden e uma úlcera duodenal tratada em 2002.

Foi solicitada avaliação laboratorial, que incluiu hemograma, função renal e hepática, assim como radiograma do tórax que não apresentaram alterações. Realizou EDA que revelou gastrite crónica focalmente atrófica inactiva, com *H. pylori* +. Foi pedida ecografia abdominal que mostrou a nível da cabeça do pâncreas, lesão bilobada de estrutura mista capsulada. Para esclarecimento desta lesão realizou posteriormente TC abdominal e Colangioproctografia, que confirmaram a presença de lesão expansiva ovóide com 54 x 34 x 21 mm, a nível da cabeça e istmo pancreáticos (fig.1). A lesão apresentava clivagem preservada com as estruturas vasculares e o estômago, perdendo diferenciação em relação ao ligamento hepato-duodenal e ao fígado, sugerindo origem neoplásica. O estudo colangiográfico mostrou a via biliar moldada no segmento suprapancreático, com mínima ectasia das vias biliares a montante.

Perante a hipótese de neoplasia pancreática, aparentemente ressecável, e sem sinais de metastização, colocou-se indicação operatória. Constatou-se peroperatoriamente a presença de um tumor com cerca de 6 cm, que cavalgava o bordo superior do pâncreas a nível da cabeça e istmo pancreático e o tronco celíaco (fig.2). Foi possível concretizar a dissecação desta lesão em relação às estruturas vasculares e orgânicas, nomeadamente em relação ao Pâncreas, com o qual o plano de clivagem só foi estabelecido durante a intervenção cirúrgica (fig 3).

Na abertura da peça houve saída de pús (tipo caseum) que se colheu para bacteriologia. O exame histopatológico revelou tratar-se de um gânglio linfático, Linfadenite granulomatosa necrotizante. Foram utilizadas duas colorações, hematoxilina-eosina e Ziehl-Neelsen, que não foram conclusivas. Em relação aos exames microbiológicos, tanto o exame bacteriológico directo como o cultural foram negativos, apenas a cultura em meio de Lowenstein foi positiva, tendo posteriormente sido realizado o Mycobacterium PCR – BactALERT que revelou Mycobacterium



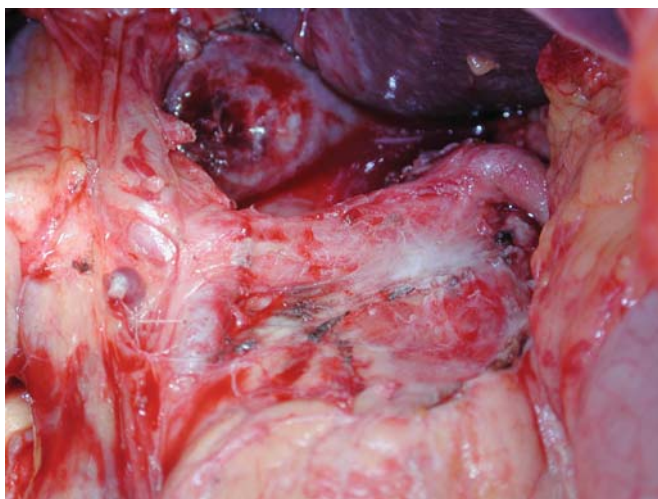


Figura 3: Isolamento do tumor das estruturas vasculares e orgânicas, sem complicações



Figura 4: Tumor excisado, com 6 cm de maior comprimento

tuberculosis complex. Os testes de sensibilidade anti-biótica revelaram tratar-se de uma estirpe sensível a Estreptomina, Etambutol, Isoniazida, Rifampicina.

O pós operatório decorreu sem complicações, tendo a doente tido alta ao 8º dia de internamento. A doente cumpriu tratamento de acordo com os consensos actuais para tuberculose extrapulmonar – linfadenite tuberculosa, encontrando-se bem, 3 anos após a cirurgia.

DISCUSSÃO

A tuberculose pode atingir vários órgãos, sendo o mais frequente o pulmão. Outras formas descritas são

a meníngea, a óssea, a genito-urinária, a gastrointestinal e a linfadenite tuberculosa. Neste último caso o local mais frequentemente afectado é a cadeia ganglionar latero-cervical, unilateralmente. O envolvimento de cadeias ganglionares profundas dá-se sobretudo no contexto de tuberculose miliar e é acompanhado por hepatoesplenomegália. ⁽²⁾

A tuberculose pancreática ou dos gânglios linfáticos peripancreáticos é muito rara, mesmo nos países onde esta doença é endémica. Embora a melhoria das condições de vida tivesse diminuído o nº de casos de Tuberculose, nos dias de hoje constata-se um aumento da incidência da doença em países desenvolvidos, associada à epidemia do VIH.

Numa revisão da literatura, verificou-se que a incidência em homens e mulheres tem uma relação de 1:1, com uma média de idade de 40 anos. ⁽⁴⁾ O mecanismo patogénico provável é a disseminação linfomatogénica de um foco pulmonar oculto. Os doentes podem ser assintomáticos, apresentar icterícia ou hemorragia gastrointestinal, mas a apresentação mais comum é o aparecimento de sintomas constitucionais (perda de peso, astenia, anorexia), acompanhados de dor abdominal na região epigástrica. A apresentação clínica e imagiológica mimetiza a lesão neoplásica do pâncreas, sendo o diagnóstico de tuberculose pancreática raramente colocado inicialmente, excepto quando há elevado grau de suspeição, relacionado com a história pessoal e familiar e social da doente, assim como na existência de comportamentos de risco. ^(4,5)

O caso clínico que apresentamos é surpreendente, pois trata-se de uma doente cujos antecedentes pessoais, familiares e contactos não fariam prever uma situação de tuberculose, para além da doente não registar comportamentos de risco. A clínica e os exames laboratoriais, tal como na maioria dos casos descritos, eram pouco específicos e os exames de imagem, ao alertar para a presença de uma lesão a nível cabeça/istmo do pâncreas, levantaram suspeita de lesão neoplásica. Sendo este o diagnóstico mais provável e dada a forte possibilidade de ressecabilidade desta massa, a opção foi a cirurgia. Foi durante a cirurgia que se constatou a presença extrapancreática da lesão, que



se extraiu na totalidade cujo resultado histológico e bacteriológico nos permitiu chegar ao diagnóstico de tuberculose ganglionar, tendo iniciado de imediato o tratamento com tuberculostáticos.

O diagnóstico pré-operatório de tuberculose evitaria a necessidade de realizar uma cirurgia, para além de transformar um diagnóstico de malignidade num de infecção tratável. A suspeita de tuberculose, teria permitido a colheita de material por biópsia de agulha fina, guiada idealmente por ecoendoscopia para realização de exames complementares citológicos e de microbiologia, para diagnóstico da lesão. No entanto, na altura em que ocorreu este caso clínico, a biópsia guiada por ecoendoscopia não era um exame que nos fosse facilmente acessível, e perante a hipótese de doença neoplásica, a laparotomia diagnóstica foi a opção.

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 obser-

vados em 75 a 100% dos casos⁽⁴⁾ A PCR (polimerase chain reaction) é um método com maior sensibilidade e que oferece a possibilidade de realizar um diagnóstico mais rapidamente que do que a microscopia ou os exames culturais. Contudo, a sensibilidade aos antibióticos não pode ser testada com PCR, o que faz com que este teste tenha de ser complementado com técnicas culturais.

CONCLUSÃO

O diagnóstico de Tuberculose peripancreática ou Pancreática requer um elevado grau de suspeição e é por vários motivos uma forma de apresentação rara. Os doentes podem encontrar-se assintomáticos, ou apresentar quadros pouco específicos. Nem sempre surge associada à tuberculose pulmonar, que tem associado o estigma da pobreza, ou da infecção por VIH. A tuberculose continua a ser a grande mimetizadora, conduzindo como neste caso um quadro de infecção à suspeição de neoplasia.

BIBLIOGRAFIA

1. Lopes AJ, Capone D, Mogami R et al; Tuberculose extrapulmonar: aspectos clínicos e de imagem; Pulmão RJ 2006; 15(4):253-261
2. R.Garcia, J.Velez, C Reis, A. Porto; Linfadenite abdominal como forma de apresentação de tuberculose; RSPMI; vol 14, nº2, Abril 2007, 72-74.
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, JOP. J. Pancreas (on line) 2005; 6(6):598-602.
5. Z. Ahmad, R.Bhargava, D.K. Pandey, D.K.Sharma, M. Shamin, Pancreatic Tuberculosis – A case report, Indian Journal of tuberculosis; 2003, 50,221

Contacto:

DR.^a MARGARIDA AMARO
guidamaro@gmail.com



Hospitais da Universidade de Coimbra Faculdade de Medicina de Coimbra

SERVIÇO DE CIRURGIA B e TRANSPLANTAÇÃO HEPÁTICA

INSTITUTO DE ANATOMIA NORMAL

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL - DELEGAÇÃO DE COIMBRA

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA E BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

Patrocínio: SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA

e
SOCIEDADE ANATÓMICA PORTUGUESA

GLÂNDULA TIROÍDE

ANATOMIA, CLÍNICA E TÉCNICA CIRÚRGICA

22 e 23 de Maio de 2012

PRESIDENTE DO CURSO

Fernando José Oliveira

ORGANIZAÇÃO

António Bernardes

PARTICIPAÇÃO

Ana Velez; Antonino Barros; António Pinho; Armando Medeiros; Catarina Melo;
Cristina Ribeiro; Dulce Diogo; Fernando Manata; Francisco Carrilho; João Almeida;
Liliana Coutinho; Lina Carvalho; Luís Silveira; Maria João Martins; Miguel Melo;
Mónica Martins; Paulo Coelho

Secretariado
Filipa Gonçalves / Paula Almeida
paulaalmeida@huc.min-saude.pt
Tel: 239 400 416

Colaboração
Horácio Marques
Joaquim Alexandre

Apoio



PROGRAMA

DIA 22 de Maio (Terça-Feira)

08:00 - INSTITUTO DE ANATOMIA NORMAL

08:00 - Anatomia cirúrgica. Vídeos. *(A. Bernardes)*

09:00 - Variações anatómicas mais frequentes. *(L. Silveira)*

09:30 - Intervalo para Café

10:00 - Dissecção de peças naturais de cadáver

Monitores: *A. Bernardes; A. Medeiros; A. Velez; A. Barros;
D. Diogo; F. Manata; L. Silveira; P. Coelho*

12:00 - Demonstração do estudo macroscópico anatomopatológico. *(M. J. Martins)*

13:00 - Almoço

15:00 - SERVIÇO DE CIRURGIA B e TRANSPLANTAÇÃO HEPÁTICA

15:00 - O doente com patologia tiroideia – avaliação. *(F. Carrilho)*

15:20 - Nódulo tiroideu – avaliação e tratamento. *(A. Velez)*

15:40 - Tiróide multinodular – que nódulos puncionar? Indicações operatórias? *(C. Ribeiro)*

16:00 - Controvérsias no estudo histológico. *(M. J. Martins)*

16:20 - O doente com hipertiroidismo – avaliação e tratamento. *(M. Melo)*

16:50 - Discussão

17:20 - Intervalo para café

17:50 - Carcinoma diferenciado: diagnóstico e tratamento cirúrgico. *(A. Velez)*

18:10 - Carcinoma diferenciado: tratamento pós-operatório. *(F. Carrilho)*

18:30 - Patologia molecular. *(Lina Carvalho)*

18:50 - Discussão

19:10 - Bócio mergulhante: aspectos particulares do tratamento - caso clínico. *(A. Medeiros)*

19:30 - Complicações operatórias e tratamento. *(L. Silveira)*

DIA 23 de Maio (Quarta-Feira)

08:00 - BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

08:00 - Intervenções cirúrgicas.

Suite 7 - *A. Bernardes*

Suite 8 - *A. Velez*

Suite 10 - *D. Diogo, F. Manata*