

Tuberculose extrapulmonar A propósito de três casos clínicos

Extra-pulmonary tuberculosis

Three clinical case reports

José Silva Nunes*, Teresa Cruz**, Nuno Bragança***

Resumo

A tuberculose continua a ser um grave problema de Saúde Pública e, por vezes, tem formas de apresentação e evolução pouco habituais.

Os autores apresentam três casos clínicos de tuberculose com localização extrapulmonar em que se verificaram marcadas dificuldades no diagnóstico e na abordagem terapêutica. O primeiro caso apresentou-se, inicialmente, com critérios clínicos para o síndrome de Tolosa-Hunt, tendo-se concluído, pela evolução, tratar-se de abscesso cerebral tuberculoso. O segundo caso refere-se a um doente com múltiplas lesões osteolíticas da parede torácica, sugerindo processo neoplásico, em que se isolou, das lesões, Mycobacterium tuberculosis. O último caso, de tuberculose pulmonar associada a orquiepididimite, teve uma evolução desfavorável, apesar da sensibilidade in vitro à terapêutica instituída.

Conclui-se dever ser realçada a importância de colocar a tuberculose no diagnóstico diferencial de múltiplas lesões orgânicas, tendo em conta a variabilidade de formas de apresentação.

Palavras chave: tuberculose, tuberculose extrapulmonar, síndrome de Tolosa-Hunt, abscesso cerebral, tuberculose óssea, orquiepididimite

Abstract

Tuberculosis still remain an important Public Health problem. Sometimes it has unexpected forms of presentation and evolution.

The authors present three case reports of extra-pulmonary tuberculosis in which there have been difficulties in the diagnosis and treatment.

*Interno do Internato Complementar de Endocrinologia

**Assistente Eventual de Medicina Interna

***Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna Serviço 2 de Medicina Interna e Endocrinologia do Hospital de Curry Cabral, Lisboa

Recebido para publicação a 27.10.97

The first case report initially presented with clinical criteria of a Tolosa-Hunt syndrome but the clinical evolution lead to the diagnosis of tuberculous cerebral abscess. The second case is of a patient with multiple osteolytic lesions of the chest wall resembling a neoplastic process. Mycobacterium tuberculosis was isolated from the lesions. The last case describes a patient with pulmonary tuberculosis and epididymo-orchitis which had an unfavourable evolution in spite of in vitro sensitivity to the instituted therapy.

Tuberculosis must be kept in mind in the differential diagnosis of many unexplained organic lesions.

Key words: tuberculosis, extra-pulmonary tuberculosis, Tolosa-Hunt syndrome, cerebral abscess, bone tuberculosis, epididymo-orchitis

Introdução

Apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos da Medicina actual, a tuberculose continua a ser um importante problema de saúde pública¹.

Dados recentes da Organização Mundial de Saúde apontam para cerca de vinte milhões de doentes com tuberculose em actividade. Dos factores que contribuem para esta elevada incidência, salienta-se o aumento de casos de infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH) e o aparecimento de formas multiresistentes à terapêutica tuberculostática².

Em Portugal, segundo dados da Direcção-Geral da Saúde (DGS), em 1995 foram notificados 5577 casos, correspondendo a uma incidência de 56 casos por cem mil habitantes. Daqueles, a maioria correspondia a tuberculose pulmonar, tendo sido 31,5 % formas extrapulmonares³.

Parece haver uma maior incidência das formas extrapulmonares entre as minorias étnicas, na cintura industrial dos grandes centros urbanos, entre os toxicodependentes e indivíduos portadores do VIH⁴.

Os processos específicos com localização extrapulmonar podem aparecer como foco único, concomitantemente com processo pulmonar ou como parte de um processo multiorgânico. Neste contexto, condicionam formas de apresentação variadas que criam dificuldades diagnósticas e atestam a necessidade de considerar a tuberculose no diagnóstico diferencial de múltiplos quadros clínicos.

Independentemente dos factores mencionados que podem condicionar a infecção tuberculosa, a sua evolução pode ser imprevisível e nem sempre satisfatória.

Os autores descrevem três casos clínicos de tuberculose que, pela sua forma de apresentação e evolu-

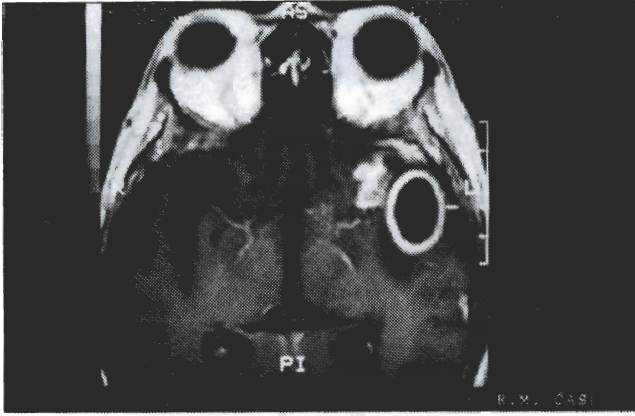


Figura 1



Figura 2

ção, criaram marcadas dificuldades no diagnóstico e na abordagem terapêutica.

Casos clínicos

Caso 1 - C.A.C.T., 49 anos de idade, sexo masculino, raça caucasiana, natural e residente em Apelação (Loures). Antecedentes de tuberculose pulmonar.

Saudável até aos 15 dias precedentes, foi internado por quadro de cefaleias hemicranianas direitas e parestesia do VI par craniano, à direita; exame objectivo sem outras alterações.

Tomografia axial computadorizada (TAC) cranioencefálica (CE) sem alterações estruturais. Analiticamente: velocidade de sedimentação (V.S.) 31 mm/1^ah, leucocitose 13.000/mm³ com 78,5% de neutrófilos (N); funções hepática e renal normais, serologia para VIH 1 e 2 e VDRL negativas.

Por persistência dos sintomas, realiza nova TAC CE (sem alterações), punção lombar (PL) (líquor sem alterações citoquímicas ou bacteriológicas), ressonância magnética nuclear (RMN) CE (sem alterações estruturais cranioencefálicas) e prova de Mantoux (área de endurecimento superior a 10 mm, às 72 horas).

Admitiu-se síndrome de Tolosa-Hunt, pelo que iniciou corticoterapia (prednisolona 40 mg/dia durante 10 dias e, posteriormente, 80 mg/dia). Após um mês de internamento, agravamento do quadro clínico com alteração do estado de consciência, temperatura subfebril e rigidez da nuca. Leucocitose (24.500/mm³) com 95% N e VS de 75 mm/1.^a h.

Nova PL revelou líquido "cristal de rocha" com 1283 células/mm³ (predomínio de polimorfonucleares), proteinorraquia de 125 mg/dl, glicorraquia de 53 mg/dl (para glicemia de 160 mg/dl), com exame bacteriológico, incluindo pesquisa de bacilo de Koch (BK), negativo. Admitiu-se meningite bacteriana/tuberculosa e iniciou-se terapêutica empírica com ampicilina e cloranfenicol + tuberculostáticos [isoniazida (INH) + rifampicina (RIF) + etambutol (ETM) + pirazinamida (PZA)].

Ao 10.^o dia de terapêutica, mantinha a parestesia, encontrava-se sem cefaleias, sem leucocitose, com VS normal e a PL revelou líquido sem alterações. Parou a ampicilina e o cloranfenicol e manteve os tuberculostáticos. Repetiu TAC-CE: "... abscesso meníngeo-parenquimatoso temporal esquerdo e granuloma/abscesso intra-orbitário à direita; provável meningite específica." RMN-CE confirma lesões descritas na TAC.

Sob terapêutica tuberculostática (2 meses de INH, RIF, ETM e PZA + 7 meses de INH e RIF), melhoria clínica e radiológica, lenta mas progressiva, com desaparecimento da parestesia ao terceiro mês e das alterações imagiológicas ao sexto.

Caso 2 - L.G., 35 anos de idade, sexo masculino, raça negra, natural da Guiné-Bissau e residente em Loures, há 2 anos.

Internado para esclarecimento de massa da parede torácica com seis meses de evolução. Bom estado geral e de nutrição, subfebril. Massa com 5X3 cm justa-mamilar direita, dolorosa, de consistência dura, aderente aos planos profundos (continuidade com arco costal) e adenomegalia axilar direita com 1,5 cm de diâmetro.

Radiografia do tórax: lesões osteolíticas do 4.^o arco costal direito, 6.^o arco costal esquerdo e pedículo da 12.^a vértebra dorsal. Analiticamente: VS 38 mm/1.^ah, serologias para VIH 1 e 2, Hudlesson e hemoculturas, negativas; restantes análises sem alterações. Prova de Mantoux (1 unidade PPD): área de induração de 20 x 20 mm, às 48 h. TAC torácica: várias lesões osteolíticas envolvendo arcos costais, bilateralmente, e o corpo vertebral da 12.^a dorsal (D12), com extensão intracanalicular. Biópsia ganglionar e da massa torácica: processo granulomatoso crónico a micobactérias. Iniciou terapêutica tuberculostática (INH+RIF+ETM+PZA).

Proposta "limpeza cirúrgica" de D12 e fixação do corpo vertebral, que foi recusada. Reobservado às seis semanas, verificou-se melhoria clínica. O doente abandonou o País.

Caso 3 - P.G., 44 anos de idade, sexo masculino, raça negra, natural de Cabo Verde e residente em Loures, há 3 anos.

Internado por astenia, anorexia, emagrecimento, tosse produtiva e sudorese nocturna. Subfebril, mau estado geral e de nutrição, com massa de 3 cm, dolorosa, no polo superior do testículo direito. Sem outras alterações no exame objectivo. Analiticamente: VS 96 mm/1.^ªh, serologias para hepatites, VIH 1 e 2, negativas.

Radiografia de tórax: infiltrado bilateral, heterogêneo, micronodular, mais marcado na metade superior dos hemitórax. Ecografia testicular: "... epidídimo direito de dimensões aumentadas e ecoestrutura heterogênea; testículo homolateral de dimensões normais, contornos irregulares e múltiplas imagens hipoeogénicas. Alterações sugestivas de orquiepididimite específica." Prova de Mantoux (10 U PPD): área de induração de 20 x 20 mm, às 48 h. Pesquisa de BK no suco gástrico: positiva. Iniciou terapêutica tuberculostática (INH+RIF+ETM+PZA).

Durante o internamento teve queixas de odinofagia com hipertrofia e ulceração da amígdala direita.

Biópsia amigdalina: carcinoma pavimento-celular moderadamente diferenciado, infiltrativo. Sem evidência de metastização. Não tendo indicação cirúrgica, programou-se radioterapia. Ao fim de dois meses de terapêutica tuberculostática, persistência do quadro clínico. Iniciou crises convulsivas, com exame neurológico, TAC CE, PL e electroencefalograma (EEG) normais. Nova pesquisa de BK no suco gástrico: positiva em 2 das 3 amostras. Admitiu-se resistência aos tuberculostáticos. Transferiu-se para isolamento na Unidade de Doenças Infecto-contagiosas, onde veio a falecer na sequência de crise convulsiva. Teste de sensibilidade aos tuberculostáticos, conhecido *a posteriori*, comprovou sensibilidade *in vitro* à terapêutica instituída.

Comentários

Os três casos clínicos apresentados são paradigmáticos das dificuldades diagnósticas e terapêuticas que a tuberculose, frequentemente, condiciona. No primeiro caso, em que os vários meios complementares de diagnóstico utilizados não forneceram qualquer orientação, admitimos que a corticoterapia, instituída pela hipótese de síndrome de Tolosa-Hunt, foi decisiva na evolução do diagnóstico. Este síndrome, que consiste numa oftalmoplegia dolorosa por envolvimento granulomatoso idiopático do seio cavernoso, responde, caracteristicamente, à terapêutica com corticóides^{5,6}. No presente caso, pelo contrário, houve agravamento clínico com quadro de meningite e posterior identificação de lesões intracranianas que regrediram sob terapêutica tuberculostática. A presença de leucocitose e o predomi-

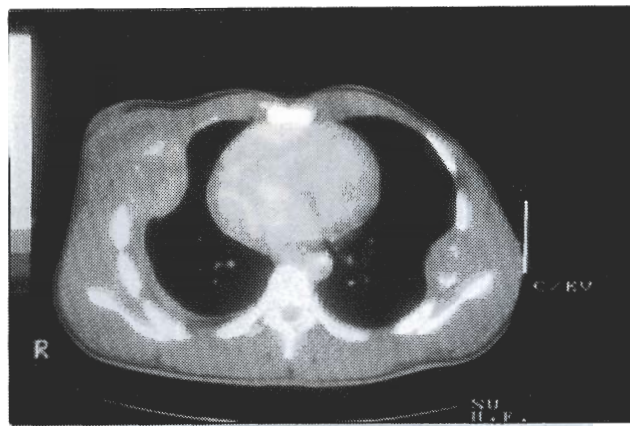


Figura 3

nínio de polimorfonucleares no líquido, possíveis numa fase inicial de infecção tuberculosa, condicionou, no entanto, a instituição de terapêutica antibiótica inespecífica. A regressão do abscesso intracraniano e do granuloma intraorbitário, sob terapêutica tuberculostática, permitiu-nos afirmar a etiologia tuberculosa, apesar de não ter sido isolado o agente.

Quanto ao segundo caso, é de realçar a forma de apresentação com múltiplas lesões osteolíticas dispersas, mais sugestivas de secundarismo neoplásico. A biópsia das lesões permitiu identificar um processo granulomatoso crónico e isolamento do BK. Neste caso, apesar da evolução favorável com a terapêutica, não nos foi possível constatar a resolução completa das lesões.

O terceiro caso refere-se a um doente com tuberculose pulmonar activa, com lesão epidídimo-testicular concomitante. A conjugação dos dados clínicos com os aspectos ecográficos permitiu-nos admitir o diagnóstico de orquiepididimite específica, mesmo na ausência de exame histológico. Apesar da terapêutica instituída, verificou-se degradação progressiva do estado geral a que, provavelmente, não era estranha a neoplasia amigdalina concomitante. Mais tarde, a ocorrência de convulsões, que vieram a determinar o óbito, não foi explicada, apesar de se ter excluído secundarismo neoplásico ou infecção do sistema nervoso central. A persistência de BK no suco gástrico levou-nos a aceitar resistência aos antibacilares, que não foi comprovada pelo teste de sensibilidade *in vitro*. Assim, fomos obrigados a admitir um estado de imunodepressão, de causa não completamente esclarecida, que condicionou toda a evolução.

Com estes casos pretende-se realçar que a tuberculose, por vezes, se manifesta com quadros clínicos menos típicos. Deve, assim, ser incluída no diagnóstico diferencial de lesões de vários órgãos, sendo a suspeita reforçada se existe história pregressa de tuberculose. Segundo dados da DGS, referentes a 1995³, numa percentagem considerável de casos (28,5% das formas pul-

monares e 43,5% das extrapulmonares) não ocorre isolamento do bacilo no órgão atingido. Nestes, o diagnóstico é inferido pela presença comcomitante de tuberculose pulmonar (3.º caso), história pregressa da mesma (1.º caso) ou resposta à terapêutica tuberculos-

tática (1.º caso). Comprovando a relação descrita entre a ocorrência de processos extrapulmonares e alguns grupos de risco, dois dos doentes pertenciam a uma minoria étnica e os três residiam na cintura industrial de Lisboa (concelho de Loures).

Bibliografia

1. Programa nacional de luta contra a tuberculose. Direcção Geral da Saúde. 1995.
2. Chrétien J. Le problème actuel de la tuberculose dans le monde. Boletim da Associação Nacional de Tuberculose e Doenças Respiratórias. 1993; 8(3): 2 - 6.
3. Estatísticas de saúde - 1995. Instituto Nacional de Estatística - Portugal. 1995.
4. Mehta JB, Harvill L, Mathews KM. Epidemiology of extra-pulmonary tuberculosis: a comparative analysis with pre-AIDS era. Chest 1991; 99 (5): 1134-1138.
5. Victor M, Martin JB. Disorders of the cranial nerves - Chapter 380. In: Wilson, JD, Braunwald E, Isselbacher KJ et al. Eds. Harrison's principles of internal medicine - 13 th edition. McGraw-Hill, Inc. 1994: 2347 - 2352.
6. Pina CS, Pascual-Castroviejo I, Fernández VM, Jiménez AL, Sanz AC. Burkitt's lymphoma presenting as Tolosa-Hunt syndrome. Pediatric Neurology 1993; 9: 157-158.