

Caso clínico

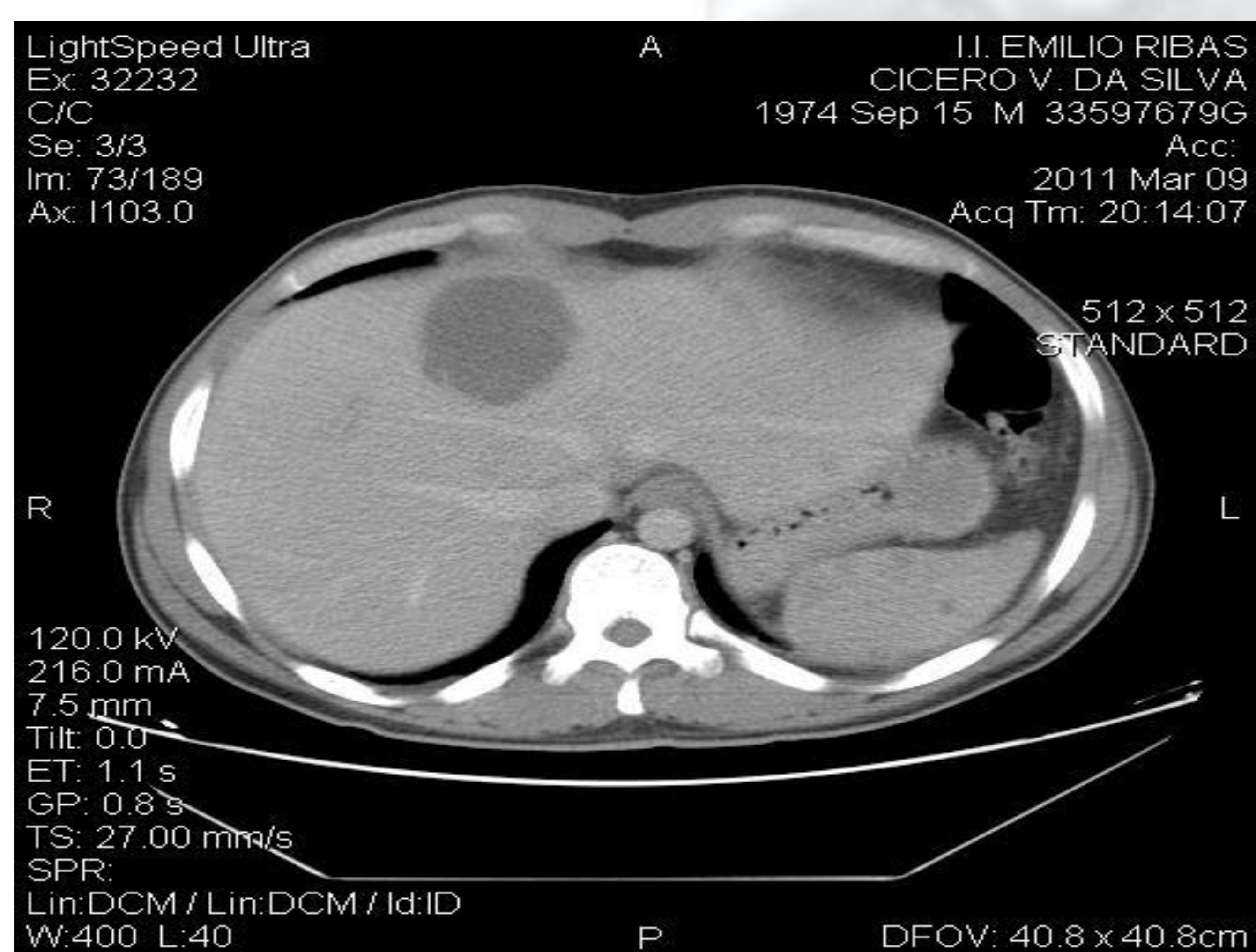
Paciente C.V.S. 36anos, com diagnóstico de HIV há 16anos, em uso irregular de tenofovir, lamivudina, darunavir, ritonavir e raltegravir. CD4 de 33/mm³ e carga viral de 129.000 cópias Antecedente de tuberculose ganglionar há 1 ano, que tratou por 6 meses. Queixa de febre há 2 meses, 38/39° C, principalmente noturna, acompanhada de tremores e sudorese. Perda de 11Kg neste período. Há 2 semanas com surgimento de icterícia. Sem colúria ou acolia.

Ao exame: BEG, icterício 2+/4+, descorado 1+/4+, hidratado

Linfonomegalia cervical esquerda de 3cm, dolorosa

Murmúrio vesicular presente com estertores crepitantes em base esquerda

Fígado palpável no rebordo costal direito, borda romba. Traube livre.



Foi internado para investigação diagnóstica, realizou ultrassom de abdômen, com abscesso perivesicular e imagem nodular hepática em segmento I

Feita tomografia de abdômen, que evidenciou derrame pericárdico, hepatomegalia com lesões hipodensas no parênquima hepático, esplenomegalia heterogênea com pequenas lesões hipodensas – interrogado microabscessos – e linfonomegalias peripancreáticas e no hilo hepático, com centro necrótico.

Realizada biópsia de linfonodo cervical, com processo inflamatório crônico histiocitário por micobactéria. BAAR positivo no material. Cultura positiva para *M. tuberculosis*.

Feita drenagem de abscesso hepático guiada por ultrassom, com saída de 70ml de secreção purulenta. BAAR positivo. Cultura positiva pra *M. tuberculosis*.

Durante a internação coletou três amostras de escarro, todas com baciloscopia negativa, porém cultura positiva para micobactéria.

Revisão de literatura

Tuberculose hepática é uma afecção muito rara e está na maior parte dos casos relacionada à disseminação miliar. Formas macronodulares ou pseudotumorais são infrequentes. (1) A tuberculose intra-abdominal é uma doença de difícil diagnóstico e de mortalidade elevada. (2)

A tuberculose hepática foi classificada por Levine nas seguintes categorias: a) TB miliar; b) TB pulmonar com envolvimento hepático; c) TB primária do fígado; d) tuberculoma (ou abscesso focal); e) colangite tuberculosa. (1) A forma mais comum é a miliar, caracterizada por disseminação hematogênica pela artéria hepática. (3) Tuberculoma hepático é bastante raro, com poucos casos relatados na literatura, sendo que a maioria desses é secundário e associado à TB miliar. (2) A forma miliar consiste em pequenos nódulos de 0.5 a 2mm de diâmetro. (4) A justificativa mais provável para o raro envolvimento hepático isolado na tuberculose é a baixa tensão de oxigênio no fígado, o que transforma o órgão em um ambiente desfavorável para o crescimento micobacteriano. (2)

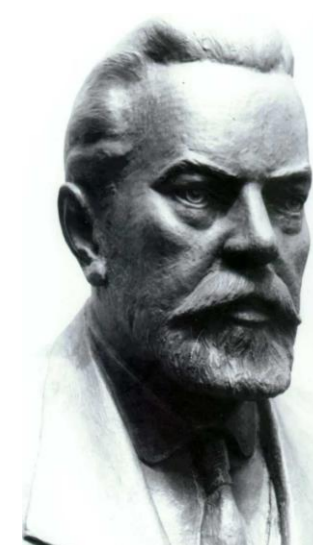
A sintomatologia de um abscesso hepático focal por tuberculose é pouco específica, e consiste em dor abdominal, febre, sudorese noturna, anorexia e perda de peso. (2) Na colangite tuberculosa há também icterícia. (5) A investigação laboratorial geralmente revela um aumento de fosfatase alcalina. (2) A ultrassonografia abdominal costuma evidenciar nódulos hipoecóicos, mas esses também podem ter aparência hiperecólica. A tomografia computadorizada do abdome usualmente revela uma lesão hipodensa arredondada com discreto realce periférico e ocasionais áreas de calcificação. (6) Os exames de imagem podem ajudar o diagnóstico, mas ao mesmo tempo abrem uma ampla gama de diagnósticos diferenciais.

O quadro clínico, os achados laboratoriais e de imagem da tuberculose são inespecíficos, o que torna o diagnóstico difícil se não houver forte suspeição. A maior parte dos pacientes é submetida à laparotomia para realização do diagnóstico. (7, 8) Uma alternativa menos invasiva é a aspiração de material guiada por ultrassom como foi realizado em nosso paciente. Achados histológicos geralmente definem o diagnóstico. Os achados mais típicos são granulomas caseosos e infiltrado inflamatório incluindo células linfocíticas. (2) A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes apresenta baixa sensibilidade (0 a 45%), assim como a cultura do material (10 a 60%). (1) O uso da reação em cadeia da polimerase (PCR) para detectar o *Mycobacterium tuberculosis* aumenta a sensibilidade diagnóstica, (2) no entanto esse exame ainda é pouco disponível em nosso meio. (8)

Conclusões

O tuberculoma hepático é raro, mas em virtude da alta incidência de tuberculose em nosso meio deve ser considerado no diagnóstico diferencial de lesões hepáticas.

APOIO



REFERÊNCIAS

1. Levine C. Primary macronodular hepatic tuberculosis: US and CT appearances. *Gastrointest Radiol.* 1990; 15:307-309
2. Brookes MJ, Field M, Dawkins DM, et al. Massive primary hepatic tuberculoma mimicking hepatocellular carcinoma in an immunocompetent. *MedGenMed.* 2006; 8(3):11
3. Rab SM, Beg MZ. Tuberculous liver abscess. *Br J Clin Pract.* 1977; 31:157-158.
4. Lalil AN, Coelho FA, Olim GS. Tuberculose hepática pseudotumoral. *Rev Col Bras Cir.* 1999; vol. XXVI n.3: 197-199.
5. Ratanarapee S, Pausawadi A. Tuberculosis of the common bile duct. *HPB Surg.* 1991; 3:205-208.
6. Chan HS, Pang J. Isolated giant tuberculoma of the liver detected by computed tomography. *Gastrointest Radiol.* 1989; 14:305-307.
7. Oliva A, Duarte B, Jonasson O, Nadimpalli V. The nodular form of local hepatic tuberculosis. A review. *J Clin Gastroenterol.* 1990; 12: 166-173.
8. Dias LTF, Rodrigues GC, Barbosa DS, et al. Primary nodular hepatic tuberculosis mimicking hepatic neoplasia in an immunocompetent host. *Braz J Infect Dis.* 2009; vol.13 n.2 Barone B, Kreuzig PL, Gusmão PM, et al. Case report of lymph nodal, hepatic and splenic tuberculosis in an HIV-positive patient. *Braz J Infect Dis.* 2006; vol.10 n.2