RELATO DE CASO

Tuberculose linfonodal disseminada sem acometimento de linfonodos periféricos

Disseminated lynphonodal tuberculosis with no onset of peripheral lynphonodes

Mauro Herbert de Carvalho Landim[1]

RESUMO

É descrita a evolução da tuberculose em paciente com síndrome da imunodeficiência adquirida caracterizada por síndrome febril, acometimento do estado geral e dor abdominal. A radiologia do tórax revelou alargamento mediastinal. A tomografia computadorizada do tórax e a ultrassonografia abdominal revelaram, respectivamente, linfadenomegalias mediastinais bilaterais, abdominais e acometimento hepatorrenal sem linfadenomegalias periféricas. A mediastinoscopia com biópsia estabeleceu o diagnóstico da tuberculose

Palavras-chave: Tuberculose; Tuberculose dos linfonodos; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

ABSTRACT

It is the description of tuberculosis in patient with acquired immunodeficiency syndrome characterized by fever syndrome, general state affection and abdominal pain. The thorax radiology revealed mediastinal enlargement. The thorax computed tomography and the abdominal ultrasonography revealed, respectively, bilateral mediastinal lynphadenomegalia, abdominal and hepato-renal affection with no peripheral lynphadenomegalia. The mediastinoscopy with biopsy set the tuberculosis diagnosis.

Key words: *Tuberculosis; Tuberculosis Lymph Node; Acquired Immunodeficiency Syndrome.*

A incidência de formas extrapulmonares de tuberculose tem aumentado de modo surpreendente, constituindo um dos critérios para diagnóstico de síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA).

A epidemia de SIDA vem modificando o conceito clássico de tuberculose linfonodal, considerada anteriormente uma forma orgânica isolada.

A tuberculose linfonodal decorre da disseminação, por via hematogênica, de focos bacilares pulmonares. Embora qualquer cadeia linfonodal possa estar comprometida, localiza-se com mais frequência nas regiões cervicais, supraclaviculares e hilomediastinais.

Com o evento da associação tuberculose/ vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), considera-se, acima de tudo, uma manifestação grave de doença sistêmica pronta a disseminar-se.

A maioria dos pacientes com SIDA com tuberculose linfonodal possui acometimento de linfonodos cervicais. Poucos casos mostraram acometimento de cadeias linfonodais - mediastinais ou abdominais - isoladas sem acometimento periférico.

Não há descrição de acometimento mediastinal, hepático, renal e abdominal pela tuberculose, sem apresentar linfadenomegalia periférica.

[1] Médico graduado pelo Centro Universitário de Volta Redonda - UNIFOA. Especialista em Pneumologia pelo Serviço de Pneumologia da Santa Casa de Belo Horizonte e Centro de Pesquisa e Pós-Graduação – FCCMG. Membro da Sociedade Brasileira de Pneumologia. Instituição: Santa Casa de Belo Horizonte. Centro de Pesquisa e Pós-Graduação FCCMG

Endereço para correspondência:
Rua Comandante Olavo, 84 – Bairro: Jardim Floresta
Lavras – MG
CEP: 37200-000
E-mail: maurolandim@terra.com.br

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 41 anos, negro, casado, vendedor ambulante, natural e residente em Belo Horizonte, admitido na Santa Casa de Belo Horizonte com tosse, expectoração mucoide, febre vespertina, sudorese noturna e perda ponderal de aproximadamente 10 quilos desde 45 dias antes.

Ex-tabagista de aproximadamente 20 anos/ maço, ex-etilista (não quantificou o grau de etilismo) e negava uso de drogas ilícitas e relação homossexual.

Apresentava-se hidratado, hipocorado +/4+, acianótico, anictérico, eupneico, apirético, sem lifonodos cervicais, inguinais, axilares e supra-axilares palpáveis. O murmúrio vesicular era audível universalmente sem ruídos adventícios. O abdome estava plano, flácido, peristáltico, doloroso difusamente à palpação profunda.

A telerradiografia do tórax mostrava imagem nodular hilomediastinal bilateral (Figuras 1 e 2)

A propedêutica complementar mostrou:

- Hb: 9,4 g/dL, Ht: 28,6 %, Hm: 3,44 milh/mm³,HCM: 27,3 pg, VCM: 83,1fl, CHCM: 32,8 g/dL, RDH: 14,6, leucócitos:4400 /mm3, bastonetes: 12%, segmentados: 77%, monócitos: 2%, linfócitos: 9%, plaquetas: 218.000 /mm³;
- glicose de jejum: 68 mg/dL;
- ureia: 28 mg/dL;
- creatinina: 1 mg/dL;
- cloretos: 105 mEq/L;
- potássio: 5 mEq/L;
- sódio: 140 mEq/L



Figura 1 - Nódulo hilomediastinal bilateral.

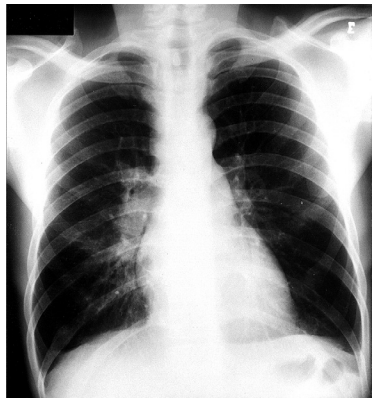


Figura 2 - Nódulo hilomediastinal bilateral.

A tomografia computadorizada do tórax evidenciou lifonodos mediastinais, alguns cofluentes, outros com centro hipoatenuante e realce periférico, comprometendo os sítios paratraqueal superior e inferior à direita, paratraqueal inferior à esquerda, pré-vascular na janela aorto-pulmonar, subcarinal, paraesofágico e hilar à direita. Alguns desses linfonodos medindo cerca de 15 mm no seu menor eixo formavam pequenas massas de partes moles em regiões subcarinal/paraesofágica e hilar direita.(Figuras 3 e 4). A traqueia e brônquios principais apresentavam características usuais, sem sinais de lesões endobrônquicas nos segmentos visualizados e o coração e vasos da base com características usuais. O parênquima pulmonar não tinha alterações evidentes. Espaços pleurais virtuais.



Figura 3 - Linfonodos mediastinais com centro hipoatenuante.

A ultrassonografia abdominal revelou hepatomegalia associada à linfoadenomegalia difusa abdominal e espessamento parietal difuso de vesícula biliar; lesão cortical renal difusa bilateral e focal à esquerda.

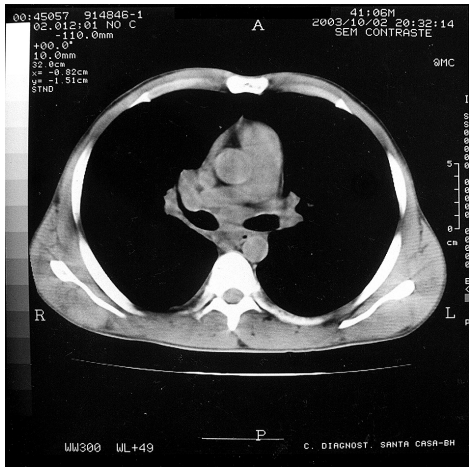


Figura 4 - Linfonodos mediastinais com centro hipoatenuante.

Foram realizadas mediastinoscopia exploradora e biópsia de linfonodo mediastinal. O exame anatomopatológico dos cortes histológicos do material mostrou tecido fibroconjuntivo com áreas de necrose caseosa e infiltrado inflamatório misto. A pesquisa para BAAR foi positiva.

Foi iniciado esquema tríplice (rifampicina, isoniazida, pirazinamida) e solicitada sorologia para o VIH, que se mostrou positiva.

No vigésimo quinto dia de internação hospitalar e terceiro de esquema tríplice apresentou um episódio de crise convulsiva e piora do estado geral. Foi iniciada fenitoína. A tomografia computadorizada de crânio mostrou discreto aumento dos espaços liquóricos intra e extraventriculares sem acometimento do parênquima cerebral. Evoluiu com confusão mental, agitação, hipotensão e icterícia. O abdome apresentava-se distendido, doloroso à palpação e peristalse diminuída.

No vigésimo sétimo dia de internação faleceu.

DISCUSSÃO

Com o surgimento da SIDA, houve modificação na apresentação conhecida da tuberculose linfonodal, sendo hoje considerada uma doença sistêmica pronta para disseminar.

A associação de tuberculose e SIDA é frequente, com potencialização significativa da morbidade e mortalidade da tuberculose. A tuberculose, no portador de SIDA, adquire características e apresentações diferentes da evolução clássica da doença.

A forma mais frequente da evolução da tuberculose linfonodal associada à SIDA é o acometimento de cadeias cervicais. Não é raro o acometimento mediastinal. Com menos frequência ocorre acometimento de cadeias linfonodais ou de órgãos abdominais.

O acometimento de linfonodos periféricos, principalmente de cadeias linfonodais cervicais, sempre ocorre. Este caso, entretanto, apresenta inusitadamente tuberculose, acometendo cadeias linfonodais mediastinais, abdominais, fígado e rim sem acometimento de linfonodos periféricos.

Esta apresentação faz ter como diagnóstico diferencial os linfomas, as micobacterioses atípicas.

Os linfomas são doenças que normalmente causam lifonodomegalia mediastinal e febre vespertina, o diagnostico diferencial é facilmente feito com a biópsia de um linfonodo mediastinal.

As micobacterioses atípicas são raras em pacientes imunocompetentes, porém, como se trata de um paciente imunodeficiente, é um diagnóstico que deve ser considerado. A diferenciação é feita a partir de tipagem da micobacteria.

Não foi possível realizar culturas e tipagem dos BAARs encontrados no material de biópsia enviado para o estudo anatomopatológico.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Waldir Teixeira do Prado, ao Dr. Paulo César Ferreira Soares e à Érika Faria de Matos.

REFERÊNCIAS

1. Ebdrup L, Storgaard M, Jensen-Fangel S, Obel N. Ten years of extrapulmonary tuberculosis in a Danish University Clinic. Scand J Infect Dis. 2003; 35: 244-6.
2. Yassin MA, Olobo JO, Kidane D, Negesse Y, Shimeles E, Tadesse A, *et al*. Diagnosis of Tuberculous Lymphadenitis in Butajira, Rural Etiopía. Scand J Infect Dis. 2003; 35:240-3.
3. Nicol AF, Serapião MJ, Veloso VG, Pignataro P, Chicarino JM, Lapa e Silva JR. Tuberculose Ganglionar em Pacientes Co-infectados pelo HIV-1. J Bras Doenças Sex Transm. 1997; 9 (5): 23-8.
4. Bem C. Human Immunodeficiency Vírus-Positive Tuberculous Lymphadenitis in Central Africa : Clinical Presentation of 157 Cases. Int J Tuberc Lung Dis. 1997; 1 (3):215-9.
5. Race EM, Adelson-Mitty J, Kriegel GR, Barlam TF, Reimann KA, Letvin NL, Japour AJ. Focal mycobacterial lymphadenitis following initiation of protease-inhibitor therapy in patients with advanced HIV-1 disease. Lancet. 1998 Jan 24; 351(9098):252-5.

6. Sepkowitz KA. Effect of HAART on natural history of AIDS-related opportunistic disorders. Lancet. 1998; 351:228-30.
7. Quiñonez AG, Cejudo EH, Tanus J, Avelar F, Lifshitz A. La Tuberculosis ganglionar abdominal simula cancer. Rev. Méd. IMSS (Méx.) 1988; 26 910: 25-8.
8. Slavik T, Wolfaardt M, van Zyl H, Simson IW. HIV-1 infection in patients with tuberculous lymphadenitis. S Afr Med J. 1996; 86 (1): 92.
9. Müller H, Krüger S. immunohistochemical Analysis of Cell Composition and in situ Cytokine Expression in HIV- and non-HIV – Associated Tuberculous Lymphadenitis. Immunobiol. 1994; 191:354-68.
10. Mert A, Tabak F, Ozaras R, Tahan V, Öztürk, Aktuglu Y. Tuberculous lynphadenopathy in Adults: a Review of 35 Cases. Acta Chir Belg. 2002; 102: 118-21.
11. Samson Munn MD. Pseudoazygos Lobe Caused By Lymph Node Pneumatocele. J Thorac Imaging. 2002; 17 (4): 310-13.
12. Azevedo DJ, Timm IH, Moreno RA, Silva GM. Tuberculose ganglionar em paciente portador de AIDS. Relato de um caso. Folha Méd. 1988; 95(5): 279-81.
13. Deleyiannis FWB, Ronda CHR. The Re-emergence of Scrofula with HIV Infectiuon: A review of epidemiology, pathogeneseis, diagnosos and treatment. Bol Asoc Med Pr. 1991; 83(11) 487-88.
14. Brown HM, Abbitt PL, Wilkinson EJ. Diagnosis of Clinically Unsuspected Extrapulmonary Tuberculosis by Fine Needle Aspiration. Acta Cytol. 2001; 46(6): 1032-6.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Comitê Técnico-Científico de Assessoramento à Tuberculose. Plano Nacional de Controle da Tuberculose: manual de normas. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
16. Gutierrez RS, Santos BR, Espina CAA, Azambuja HCP, Silva LCC. Tuberculose. In: Silva LCC. Condutas em pneumologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 412-44.
17. Rosember J, Tarantino AB. Tuberculose. In: Tarantino AB. Doenças pulmonares. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002 . p.294-380.