

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

**TUBERCULOSE PERITONEAL EM PACIENTE COM DERIVAÇÃO  
VENTRÍCULO PERITONEAL – RELATO DE CASO**

JOÃO PESSOA  
2016

ÍSYS DE NEGREIROS COSTA

**TUBERCULOSE PERITONEAL EM PACIENTE COM DERIVAÇÃO  
VENTRÍCULO PERITONEAL – RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba como requisito para a obtenção do título de Graduação em Medicina.

Orientador: Fernando Jorge Firmino Nóbrega

JOÃO PESSOA  
2016

# **Tuberculose Peritoneal em paciente com Derivação Ventrículo Peritoneal – Relato De Caso**

*Peritoneal tuberculosis in patients with ventriculoperitoneal shunt - case report*

Ísis de Negreiros Costa <sup>a\*</sup>; Fernando Jorge Firmino Nóbrega <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Brasil

<sup>b</sup> Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (HULW/UFPB), João Pessoa, Brasil

## **RESUMO**

A tuberculose (TB) constitui-se em uma doença infecciosa e contagiosa milenar que tem como agente causal o *Mycobacterium tuberculosis*. Ela pode se apresentar como pulmonar (mais comum) e extrapulmonar. Uma das apresentações extrapulmonares incomuns é a tuberculose peritoneal (TBP). O objetivo desse estudo é relatar o caso de um paciente com derivação ventrículo peritoneal (DVP) e tuberculose peritoneal que foi diagnosticada após investigação na enfermaria da Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley. A TBP possui difícil diagnóstico, e requer um alto grau de suspeição, devendo ser lembrada como diagnóstico diferencial em pacientes sem estigmas hepáticos, com quadro de ascite a esclarecer e sintomatologia inespecífica. A biópsia peritoneal laparoscópica configura-se como método diagnóstico de eleição. O reconhecimento precoce dessa patologia é essencial para evitar o aumento da morbidade, controlando a doença e iniciando tratamento adequado.

Palavras-chave: tuberculose peritoneal; peritônio; derivação ventrículo peritoneal

## **ABSTRACT**

Tuberculosis (TB) is an infectious and contagious millennial disease caused by *Mycobacterium tuberculosis*. It may present as pulmonary (more common) and extrapulmonary. One of the uncommon extrapulmonary presentations is peritoneal tuberculosis (TBP). The purpose of this study is to report the case of a patient with ventriculoperitoneal shunt (DVP) and peritoneal tuberculosis who was diagnosed after an investigation at Lauro Wanderley University Hospital's infirmary. The TBP is difficult to diagnose, requires a high degree of suspicion and should be remembered as a differential diagnosis in patients without hepatic stigmas, with ascites to be clarified and nonspecific symptomatology. Laparoscopic peritoneal biopsy is the diagnostic method of choice. The early recognition of this pathology is essential to prevent increased morbidity, thus controlling the disease and initiating appropriate treatment.

Keywords: peritoneal tuberculosis; peritoneum; ventriculoperitoneal shunt

---

\* Autor correspondente.

Email: isisdenegreiros@hotmail.com (I.N. Costa).

## Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa cujo adoecimento está ligado às condições de vida da população, como: moradia precária, fragilidades sociais, econômicas e de saúde<sup>1</sup>.

De acordo com o relatório da OMS<sup>2</sup> foram estimados, para o ano de 2015, 10.4 milhões de novos casos de tuberculose no mundo. No Brasil, a incidência esperada foi de 41 novos casos por 100.000 habitantes. Segundo Ministério da Saúde<sup>3</sup>, a incidência de TB extrapulmonar foi 5,37 casos por 100.000 mil habitantes, correspondendo à 10.426 pessoas infectadas.

A tuberculose abdominal ocorre usualmente em quatro formas: peritoneal (TBP), linfonodal, gastrointestinal e visceral envolvendo órgãos sólidos. A combinação desses achados pode ocorrer em qualquer indivíduo. O comprometimento peritoneal corresponde a 4-10% de todos os casos de TB extrapulmonar, e representa a principal forma de apresentação da TB abdominal<sup>4,5</sup>.

De caráter insidioso, a TBP se caracteriza clinicamente por ascite e sintomas constitucionais inespecíficos, sendo os mais comuns: febre, astenia, dor abdominal, anorexia, náusea e perda ponderal<sup>6</sup>.

A variedade de apresentações clínicas, os exames laboratoriais inespecíficos, e a sobreposição de achados de imagem com outras doenças, como a carcinomatose peritoneal, dificultam e retardam o diagnóstico de TBP<sup>7,8,9</sup>.

A tomografia computadorizada de abdome com contraste é a modalidade de imagem de escolha na detecção e avaliação inicial da TBP<sup>7</sup>. O isolamento de micobactérias em cultura de líquido ascítico pode confirmar TBP, entretanto, positividade é vista em apenas 20%<sup>4,8,9</sup>. O estudo histopatológico de biópsias do peritônio realizadas por laparoscopia é considerado um ótimo método diagnóstico em pacientes com ascite<sup>10</sup>.

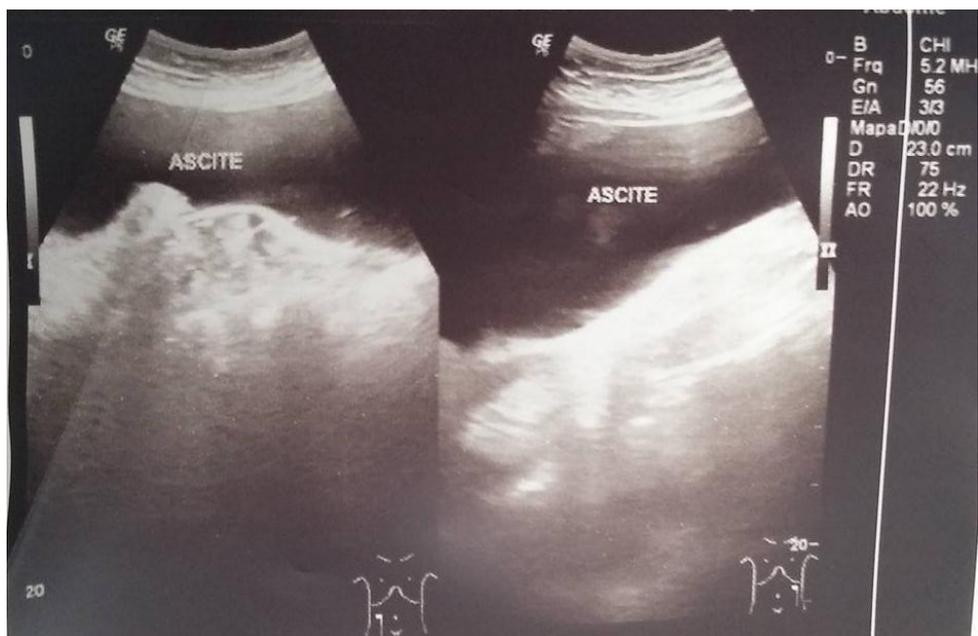
O reconhecimento precoce dessa patologia é essencial para evitar o aumento da morbidade, controlando a doença e iniciando tratamento adequado. A terapia convencional é realizada através da administração via oral de rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol por dois meses, seguida de pelo menos mais 4 meses de rifampicina e isoniazida<sup>7,8</sup>.

O objetivo deste estudo é relatar um caso de tuberculose peritoneal em paciente com derivação ventrículo peritoneal. O relato contribuirá para divulgar a ocorrência e fomentar futuros estudos que levem a um maior conhecimento sobre esta patologia.

## Relato de caso

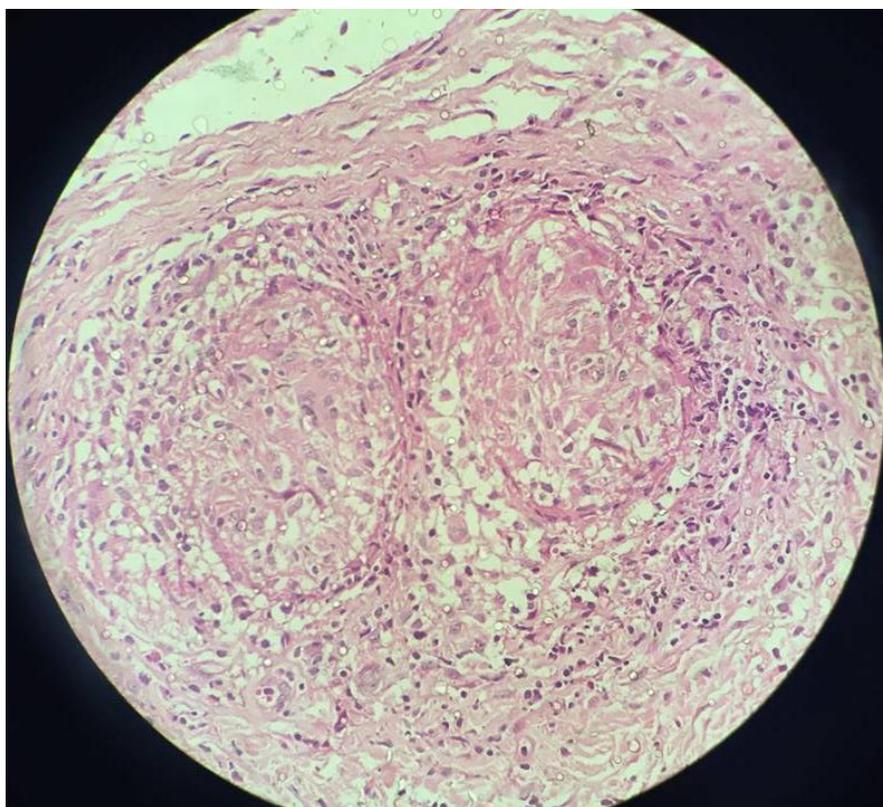
Paciente masculino, 29 anos, branco, procedente de Taquaritinga do Nazaré - PE, com derivação ventrículo peritoneal (DVP) há 07 anos, devido à hidrocefalia pós traumatismo crânio-encefálico (TCE). Foi internado no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em maio de 2016, com história de desconforto e aumento abdominal progressivos há cerca de 20 dias. Negou história de tosse, dispneia ou qualquer sintoma respiratório, bem como febre, sudorese noturna e perda ponderal. Negou etilismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas e história familiar de tuberculose. Fazia uso contínuo de: fenitoína 100mg, 03 vezes ao dia e fenobarbital 100mg, 02 vezes ao dia. O exame físico revelou murmúrio vesicular reduzido em bases pulmonares à ausculta respiratória, e abdome globoso, indolor, sinal de Piparote positivo e ausência de visceromegalias. Paciente lúcido e orientado, com paresia em membro superior direito e bradipsiquismo, como sequela do TCE na adolescência.

Durante internação, análise de líquido ascítico demonstrou 1380 hemácias, 05 polimorfonucleares e 95 mononucleares, glicose 56,95 mg/dL, proteínas 5,29 mg/dL, LDH 809,99 U/L, amilase 62,73 U/L, triglicerídeos 54,12 mg/dL, albumina 3,06 g/dL. Gradiente albumina soro-ascite (GASA) menor que 1,1; função hepática normal e sorologias negativas para HIV, hepatites B e C. Endoscopia digestiva alta mostrou gastrite enantematosa moderada em antro e esofagite erosiva grau A de Los Angeles. Tomografia Computadorizada (TC) de crânio sem evidência de lesões, e presença de cateter de DVP com orifício de entrada na região parietal esquerda, trajeto intraventricular e extremidade distal no corpo do ventrículo lateral esquerdo, junto ao septo pelúcido. Ultrassonografia (USG) de abdome total mostrou moderada ascite (figura 1) e derrame pleural à direita, com ausência de visceromegalias. TC de tórax com contraste evidenciou: nódulo densamente calcificado em segmento posterior do lobo pulmonar superior direito medindo 5,8mm, sugerindo granuloma residual; pequeno/ moderado derrame pleural à direita com componente cisural, determinando redução volumétrica do pulmão homolateral. TC abdome demonstrou ascite volumosa, esteatose hepática difusa e densificação dos planos adiposos omentais. Toracocentese diagnóstica à direita com retirada de líquido amarelo citrino, apresentando cultura para bactéria e micobactéria negativa, e à bioquímica: glicose 79,5 mg/dl; proteínas 6,1 mg/dl; LDH 695,9 mg/dl; amilase 74,8 mg/dl; colesterol total 114,6 mg/dl; triglicerídeos 34,2 mg/dl; e albumina 3,43 g/dl.



**Figura 1:** Ascite moderada em USG abdominal.

Diante da ausência de definição etiológica, foi realizada videolaparoscopia com biópsia de área sugestiva de peritonite encapsulante. O anatomopatológico peritoneal demonstrou processo inflamatório crônico granulomatoso com necrose caseosa e células gigantes multinucleadas, compatível com etiologia tuberculosa (figura 2). Foi realizada punção líquórica, cuja análise revelou glicose 39,6 mg/dl; proteína 122,58mg/dl; cloreto 119,01mEq/dia; 02 hemácias e 01 leucócito/mm<sup>3</sup>.



**Figura 2:** Granuloma caseoso e células gigantes multinucleadas em histopatológico.

Foi iniciado tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol [RHZE(COXCIP-4)(150/75/400/275)]. Uma semana após introdução de tuberculostáticos, o paciente precisou ser transferido à unidade de terapia intensiva (UTI) por desenvolvimento de hepatite medicamentosa com elevação significativa de bilirrubinas e enzimas hepáticas, apresentando: bilirrubina total 7,5 mg/dl; bilirrubina direta 4,5 mg/dl; bilirrubina indireta 3,0 mg/dl; AST 819 U/L; ALT 1119 U/L; fosfatase alcalina 369 U/L; e gama-glutamil transferase 1456 U/L. Porém, apresentou melhora progressiva após suspensão do esquema medicamentoso. Diante de evento adverso grave, optou-se por utilização de esquema alternativo composto por estreptomicina, etambutol, ofloxacina e prednisona com duração total prevista de nove meses.

O paciente teve alta hospitalar em setembro de 2016 para acompanhamento ambulatorial e continuidade do tratamento em seu domicílio, com posterior programação de substituição de DVP.

## Discussão

A TBP é uma forma de acometimento extrapulmonar rara com alta morbimortalidade, e é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*<sup>5,7</sup>

Pode de ser de origem hematogênica, ou secundária à ruptura linfonodal, disseminação gastrointestinal ou envolvimento tubário. Geralmente, o foco primário distante é pulmonar. Mas, apenas cerca de um terço dos casos tem clínica ou evidência radiográfica de tuberculose pulmonar.<sup>7,8</sup>

Apresenta os seguintes fatores de risco: exposição à TB, insuficiência renal com a diálise peritoneal, uso de medicamentos imunossupressores, síndrome da imunodeficiência adquirida, diabetes mellitus, doença maligna, cirrose e alcoolismo.<sup>11</sup>

Pode ser dividida macroscopicamente em três tipos: úmida ou molhada, a mais comum, com ascite livre ou loculada; seca, com nódulos caseosos, linfonodomegalias e fibrose peritoneal; e fibrótica, com agrupamento de alças, espessamentos ou massas omentais e aderências, ocasionalmente com ascite loculada e que pode se assemelhar a carcinomatose peritoneal.<sup>5,7</sup>

Devido às manifestações clínicas inespecíficas, a TBP pode ser confundida com várias doenças e o seu diagnóstico é um desafio principalmente em pacientes sem fatores de risco.<sup>9,11</sup> Em razão de seu caráter insidioso e do atraso na suspeita diagnóstica, cerca de 70% dos pacientes evoluem com sintomas em torno de quatro meses antes de o diagnóstico ser estabelecido.<sup>5,8</sup>

A tomografia computadorizada de abdome com contraste pode mostrar achados sugestivos de TBP. Os achados tomográficos mais encontrados na TBP são: ascite; espessamento peritoneal notadamente liso e com expressivo realce após injeção intravenosa do meio de contraste; densificação dos planos adiposos da raiz do mesentério; linfonodomegalia com áreas de necrose central ou calcificação<sup>7</sup>.

O diagnóstico é feito através da investigação dos pacientes com ascite linfocítica inexplicável, com GASA menor que 1,1 g/dL. Os exames de escolha para confirmação são: estudo histopatológico de biópsias do peritônio realizadas por

laparoscopia e isolamento de micobactérias por cultura de líquido de ascite. Por isso, havendo disponibilidade no serviço, a laparoscopia com biópsia dirigida tem se mostrado o melhor meio para um rápido e específico diagnóstico.<sup>8,9,10</sup> A biópsia pode revelar granulomas caseosos em 85-90% dos pacientes e é positiva para bacilos álcool-ácidos resistentes em até 74%.<sup>5,12</sup>

Doença intestinal inflamatória, neoplasias, pseudomixoma peritoneal, falha da DVP, peritonite não tuberculosa e outras doenças infecciosas compõem alguns dos principais diagnósticos diferenciais da tuberculose peritoneal.<sup>7</sup>

O diagnóstico precoce é essencial para o tratamento adequado. Este segue os mesmos princípios de seleção e regimes utilizados no tratamento da tuberculose pulmonar. A terapia padrão é composta por: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol por dois meses, seguida de pelo menos mais 4 meses de rifampicina e isoniazida.<sup>7,8</sup>

A TBP é uma complicação conhecida da DVP no tratamento de hidrocefalia por meningite tuberculosa (TM). No entanto, TBP em paciente com DVP sem relação com TM é raro<sup>11</sup>. No caso em questão, apesar da ausência de crescimento de micobactérias nas culturas do líquido, diante da análise sugestiva de TB em sistema nervoso central, optou-se por acrescentar a prednisona e estender o tempo de tratamento para nove meses.

## **Conclusão**

A TB apresenta um grande espectro de manifestações clínicas e alterações de exames complementares, podendo envolver os mais diversos órgãos. Conclui-se que a TB peritoneal possui difícil diagnóstico, e requer um alto grau de suspeição, devendo ser lembrada como diagnóstico diferencial em pacientes com DVP com ascite e GASA menor que 1,1; sem estigmas hepáticos e sintomatologia inespecífica. A biópsia peritoneal é o método de eleição para diagnóstico de TBP.

## **REFERÊNCIAS**

1. Oswaldo Cruz F, Sergio Arouca ENSP. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 6th ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2008.
2. Organization W. Global Tuberculosis Report 2016. Geneva: World Health Organization; 2016.
3. Brasil. D.2.2 Taxa de incidência de tuberculose [Internet]. Tabnet.datasus.gov.br. 2012 [cited 20 November 2016]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?idb2012/d0202.def>
4. Debi U, Ravisankar V, Prasad KK, Sinha SK, Sharma AK. Abdominal tuberculosis of the gastrointestinal tract: Revisited. *World Journal of Gastroenterology*. 2014;20(40):14831.
5. Wanderley BR, Maquiné GÁ, Vieira GN, Tallo FS, Lopes RD, Lopes AC. Tuberculose peritoneal: um diagnóstico diferencial no abdômen agudo. Relato de caso. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. 2012;10(6):544-546.
6. Evers MB, Harris JW, Stevens SD. Diseases of the peritoneum, retroperitoneum, mesentery, and omentum. In: Podolsky D, Camilleri M, Fitz G, Kalloo A, Shanahan F, Wang T eds. *Yamada's Textbook of Gastroenterology*. Wiley-Blackwell, 2015.
7. Rocha EL, Pedrassa BC, Bormann RL, Kierszenbaum ML, Torres LR, D'Ippolito G. Abdominal tuberculosis: a radiological review with emphasis on computed tomography and magnetic resonance imaging findings. *Radiol Bras*. 2015 Mai/Jun;48(3):181–191.
8. Mimidis K, Ritis K, Kartalis G. Peritoneal tuberculosis. *Annals of Gastroenterology*. 2005;18(3):325-329
9. Guirat A, Koubaa M, Mzali R, et al. Peritoneal tuberculosis. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*. 2011;35(1):60-69.
10. Peixoto Filho AAA, Peixoto MCG, D'Ippolito G. Tuberculose peritoneal: como diagnosticar?. *Revista da imagem*. 2007;29(2):47-52.
11. Takase H, Tatzuki J, Ikegaya N, et al. Critical ventriculo-peritoneal shunt failure due to peritoneal tuberculosis: Case report and diagnostic suggestions for abdominal pseudocyst. *Surg Neurol Int*. 2014;5(71).
12. Akgun, Y. Intestinal and peritoneal tuberculosis: changing trends over 10 years and a review of 80 patients. *Can J Surg*. 2005;48(2):131-136.

## **APÊNDICE A**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Prezado Senhor

Esta pesquisa é um relato de caso sobre tuberculose peritoneal em paciente com derivação ventrículo peritoneal e está sendo desenvolvida por Ísis de Negreiros Costa, do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação de Fernando Jorge Firmino Nóbrega, médico gastroenterologista assistente do Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

O objetivo do estudo é relatar caso de tuberculose peritoneal em um paciente com derivação ventrículo peritoneal. A finalidade deste trabalho é divulgar a ocorrência, contribuindo para fomentar futuros estudos que levem a um maior conhecimento sobre esta patologia.

Solicitamos ao senhor a colaboração para permitir a consulta e utilização dos dados do seu prontuário, além de sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. O trabalho poderá apresentar risco mínimo, uma vez que o senhor poderá sentir certo constrangimento ao saber que seu caso será estudado.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo neste hospital. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

---

Assinatura do pesquisador responsável

Considerando, que fui informado dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa , \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

 Impressão dactiloscópica

---

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Fernando Jorge Firmino Nóbrega. Telefone: 999123453 ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley -Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: [comitedeetica@hulw.ufpb.br](mailto:comitedeetica@hulw.ufpb.br) Campus I – Fone: 32167964