

Tuberculose Pélvica Simulando Tumor Ovariano

Pelvic Tuberculosis Simulating Ovarian Tumor: a Case Report

Marcelo Ivo Campagnolo, Ricardo dos Reis, Vaneska Fulgêncio de Oliveira,
Heleusa Ione Mônico, Waldermar Rivoire

RESUMO

A tuberculose pélvica é uma forma de tuberculose extrapulmonar cuja incidência vem aumentando no mundo ocidental. Esta entidade freqüentemente é acompanhada de achados clínicos e laboratoriais que podem ser inespecíficos e mimetizar outras doenças, inclusive neoplasias ginecológicas. Os autores apresentam um caso de tuberculose pélvica associada à tuberculose peritoneal do abdome em uma mulher de 53 anos, que foi submetida a avaliação laboratorial extensa, incluindo laparoscopia diagnóstica, dosagem de CA-125 e reação de Mantoux. Os aspectos clinicopatológicos e os meios propedêuticos para elucidar o caso são discutidos.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose pélvica. Marcadores tumorais. CA-125. Laparoscopia.

Introdução

A tuberculose do trato genital superior é uma forma de tuberculose extrapulmonar causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou, menos freqüentemente, pelo *Mycobacterium bovis*. É uma doença rara nos Estados Unidos, mas supõe-se que sua ocorrência seja bem maior na América Latina¹.

No mundo ocidental, as taxas de tuberculose tanto pulmonar como extrapulmonar vêm aumentando principalmente às custas dos casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Foi observado que a tuberculose se desenvolve em sítios extrapulmonares em 10-15% dos indivíduos não-infectados e em 50-70% dos infectados pelo HIV².

A tuberculose pélvica está comumente associada à tuberculose peritoneal¹, envolvendo toda cavidade do abdome, fato pelo qual as duas entidades são estudadas em conjunto na maioria dos trabalhos. Os sintomas desta doença são geralmente inespecíficos e, mesmo quando o grau de suspeição é alto, estabelecer o diagnóstico pode ser difícil². Sua importância reside no fato de que pode mimetizar clínica e laboratorialmen-

te o carcinoma ovariano ou outro tumor ginecológico^{3,4}.

Este relato tem por objetivo descrever um caso de tuberculose pelvipitoneal investigado em nosso serviço e discutir os aspectos clinicopatológicos e os meios propedêuticos utilizados para elucidar o caso.

Relato do caso

Uma mulher de 52 anos, mulata, natural e residente no Estado do Rio Grande do Sul, internou-se no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) em leito clínico no mês de janeiro de 1999 para investigação de ascite. Referia que há seis meses havia notado aumento do volume abdominal acompanhado de alteração do hábito intestinal: fezes pastosas e evacuações freqüentes. Associado a isto, relatava perda de 4 kg desde o início dos sintomas.

A paciente apresentava menstruações irregulares (a cada dois meses), havia sido submetida a ligadura tubária há 1 ano e possuía um filho de parto normal. Em sua história pregressa, constava investigação ambulatorial iniciada há cinco meses previamente à internação por apresentar pirose. Nesta época foi feita uma radiografia de tórax, que mostrava volumosas adenomegalias mediastinais sem alterações no parênquima pulmonar, e uma reação de Mantoux cujo resultado foi reator forte (mais de 20 mm). A

Serviço de Ginecologia e Obstetria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre, RS, Brasil
Correspondência:
Marcelo Ivo Campagnolo
Rua Gonçalves Dias, 326 – Menino Deus
90130-060 – Porto Alegre – RS – Brasil

paciente não retornou mais para acompanhamento. No momento da internação em nosso hospital, negava febre ou contato com tuberculose.

Ao exame físico mostrava-se em bom estado geral e com sinais vitais normais. Na ausculta respiratória, murmúrio vesicular diminuído na base direita. O abdome era globoso, ascítico, depressível, indolor, sem massas ou megalias. Não havia outras alterações.

Durante a internação foram realizados vários exames. A radiografia de tórax mostrava derrame pleural à esquerda (sem adenomegalias), o hematócrito era de 32%, a hemoglobina 10,3 g/dL e o leucograma normal. Foi submetida a paracentese com retirada de pequena quantidade de líquido ascítico claro, com análise bacteriológica negativa, ausência de células malignas, pesquisa de BAAR (bacilo álcool-ácido-resistente) negativa e compatibilidade com exsudato. A tomografia computadorizada de abdome mostrava volumosa ascite e anexos uterinos aumentados de volume, identificando-se à esquerda cisto com cerca de 3,0 cm, sem linfonodomegalias no retroperitônio. A sorologia para o HIV I e II era não-reagente e o resultado da reação de Mantoux foi 15 mm (reator forte considerado acima de 10 mm). A determinação do nível de ADA (adenosina deaminase) no líquido de ascite também foi solicitada.

Com base nos resultados destes exames, foram ainda solicitados uma ecografia transvaginal, que evidenciou ovários aumentados de tamanho, identificando-se área líquida à esquerda com 3,0 cm de diâmetro contendo septações, e determinação do CA-125, que estava aumentado (450 U/mL). Realizou-se ainda uma toracocentese, cujos exames citopatológico e bacteriológico do aspirado foram negativos.

A avaliação ginecológica revelou não existirem alterações no exame especular e ao toque vaginal e retal. Também não havia dor ou massas à palpação da pelve. Como suspeitava-se de tuberculose e era necessário avaliar acuradamente os ovários a fim de descartar neoplasia ovariana devido aos achados combinados de CA-125 elevado, ascite e alteração cística anexial foi, então, realizada uma videolaparoscopia diagnóstica. Os achados deste exame foram: volumosa ascite, que foi aspirada; múltiplos nódulos miliares peritoneais esbranquiçados e friáveis espalhados sobre as vísceras e peritônio parietal (Figura 1), e pelve congelada com trompas dilatadas e tortuosas entremeadas a múltiplas aderências, não sendo possível identificar os ovários (Figura 2). Foram realizadas duas biópsias do peritônio pélvico e biópsia de endométrio com cureta após o procedimento.

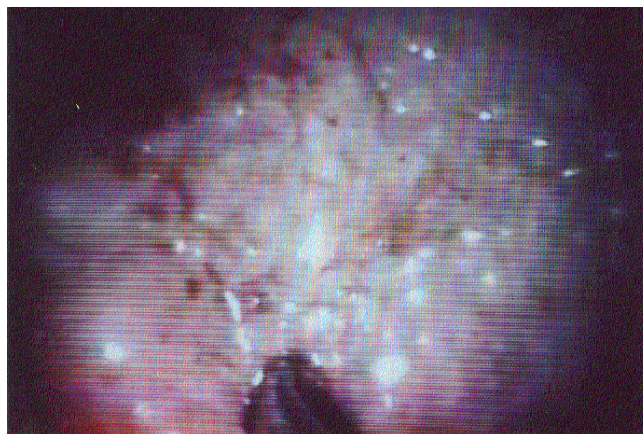


Figura 1 - Múltiplos nódulos miliares espalhados pelas superfícies peritoneais.



Figura 2 - Trompa dilatada evidenciando salpingite tuberculosa.

A análise histológica do material das biópsias revelou endométrio normal e peritônio com inflamação crônica granulomatosa sem necrose, compatível com diagnóstico clínico de micobacteriose. Neste momento, recebeu-se o resultado do nível de ADA no líquido de ascite, que foi de 71 U/L (normal até 50). A partir destas informações, iniciou-se tratamento empírico com os tuberculostáticos isoniazida, rifampicina e pirazinamida.

Quase oito semanas após a coleta, a cultura de micobactérias no líquido de ascite foi conclusivamente positiva para *Micobacterium* sp. e a paciente, então, recebeu alta com plano de acompanhar tratamento com tuberculostáticos no ambulatório.

A paciente evoluiu bem e seis meses após o início do tratamento apresentava-se em bom estado geral. Os níveis de CA-125 normalizaram após o tratamento antituberculoso.

Discussão

Acredita-se que a maioria dos casos de tuberculose peritoneal resulte de reativação de focos tuberculosos latentes no peritônio estabelecidos previamente por disseminação hematogênica de um foco primário pulmonar que se resolveu e não é radiograficamente aparente. Pode também ocorrer, menos freqüentemente, disseminação hematogênica e doença peritoneal mediante foco pulmonar ativo concomitante⁵. Outra forma de propagação é a disseminação linfática do pulmão para os linfonodos intestinais e, então, à pelve. Casos ocasionais estão relacionados à extensão direta das lesões tuberculosas dos órgãos abdominais adjacentes (intestino delgado, apêndice, reto, bexiga). A transmissão sexual por um parceiro contaminado apresentando tuberculose urogenital já foi relatada na literatura¹.

No caso que apresentamos, embora a paciente não relatasse história ou sintomas de tuberculose pulmonar, nem mesmo contato com a doença, há uma evidência passada de processo pulmonar provavelmente tuberculoso em uma radiografia torácica realizada alguns meses previamente à internação, na qual apareciam adenomegalias mediastinais. Este fato levanta a possibilidade de que possa ter ocorrido disseminação linfática até a pelve, embora as outras formas de propagação não estejam excluídas.

A tuberculose pélvica tem basicamente quatro formas de apresentação, a saber: a) salpingite tuberculosa, que é a mais freqüente; b) salpingite associada a endometrite tuberculosa; c) tuberculose cervical uterina, responsável por cerca de 5% dos casos, e d) tuberculose vulvovaginal, que é bastante rara. A associação com tuberculose peritoneal do abdome é freqüente e o aspecto das lesões é geralmente caracterizado por tubérculos pequenos branco-acinzentados com menos de 5 mm de diâmetro cobrindo todas as superfícies peritoneais dos órgãos abdominais e pélvicos^{1,5}. Na laparoscopia, a paciente relatada possuía envolvimento peritoneal miliar extenso com salpingite (observar Figuras 1 e 2), sem comprometimento do endométrio, e, ao exame físico, havia ausência de envolvimento da cérvix, da vulva e da vagina.

Embora a doença possa ocorrer em indivíduos de qualquer idade, a faixa etária mais atingida situa-se entre os 20 e os 45 anos de idade^{1,5}. Nossa paciente está um pouco acima do limite superior desta faixa, pois estava com 53 anos na época do diagnóstico. Este predomínio em mulheres jovens muito provavelmente seja resultado da inclusão, nos diferentes trabalhos, de pacientes com infecção pelo HIV¹. No entanto, há evidências de

que o número de mulheres pós-menopáusicas com tuberculose pélvica esteja aumentando, segundo dados de um trabalho europeu⁶.

Marshall⁵ revisou seis grandes séries de casos da literatura, o que permitiu identificar estatísticas para as várias manifestações clínicas presentes na tuberculose pelviperitoneal. Dentre estas, as seguintes eram apresentadas pela paciente relatada: ascite (presente em 97% dos casos na metanálise daquele autor), aumento do volume abdominal (82%), perda de peso (62%), diarreia (16%), ascite como achado do exame físico (79%), anemia leve (59%) e teste tuberculínico positivo (71%). Além dessas, outras manifestações poderiam estar presentes: peritonite fibroaderente sem ascite (3% dos casos), dor abdominal (58%), febre (74%) e tuberculose pulmonar ativa (14%).

O caso relatado suscita razoável preocupação com relação ao diagnóstico diferencial com carcinoma ovariano, em vista dos achados combinados de massa ovariana septada com elevação do CA 125 sérico. Em casos de tuberculose abdominal, a ecografia do abdome e a tomografia computadorizada (TC) podem mostrar um variado espectro de alterações morfológicas que podem mimetizar outras doenças, inclusive tumores ginecológicos. Freqüentemente os achados da TC são inespecíficos, incluindo ascite, espessamento mesentérico, adenopatias e massas ovarianas, entre outros⁴. Com relação ao papel da ultra-sonografia, Portielje et al.⁷, estudando 12 pacientes com tuberculose peritoneal confirmados bacteriologicamente, observaram que em 11 pacientes foi possível reconhecer sonograficamente a aparência de tuberculose com ascite pelo radiologista. Os sinais indicativos foram ascite loculada com finas septações e espessamento do peritônio, mesentério e omento. No caso restante, no qual não estava presente ascite, não foi possível levantar esta hipótese. Os autores concluíram nesse estudo que nos casos de peritonite tuberculosa “seca” (sem ascite), a ecografia pode ser de menor valor diagnóstico. No caso que mostramos, mesmo havendo ascite, não foi possível identificar um padrão que sugerisse tuberculose pela ecografia, bem como pelo tomografia.

A maioria dos autores aceita como níveis normais de CA 125 valores até 35 U/mL. O aumento deste marcador tem sido visto ocasionalmente em algumas condições ginecológicas benignas e em outros tumores malignos não-ovarianos. Portanto, uma elevação deste marcador não é uma garantia de presença de carcinoma ovariano, mesmo naquelas mulheres que se apresentam na faixa etária mais avançada e com patologia abdominal orgânica evidenciada nos exames. Recentemente, alguns casos de tuberculose

peritoneal com elevação do CA 125 foram relatados por Nistal de Paz et al.³ Neste estudo, após o tratamento clínico, o CA 125 se normalizou em todas as pacientes. Evolução semelhante foi observada em nosso relato.

A pesquisa direta (coloração de Ziehl-Neelsen) do bacilo álcool-ácido-resistente (bacilo de Koch ou bacilo da tuberculose) no líquido de ascite é positiva em apenas 3% dos casos e, na maioria das séries, a sensibilidade da cultura do líquido ascítico é de 20-50%. Além disso, o atraso de 6-8 semanas para os resultados da cultura limita a utilidade deste teste para estabelecer um diagnóstico preciso em menor tempo⁵, fazendo com que muitas vezes seja necessário o início empírico de tuberculostáticos antes da comprovação microbiológica, com foi verificado neste caso.

A laparoscopia com biópsia dirigida, realizada em nossa paciente, é considerada o padrão ideal para o diagnóstico, mostrando a presença dos tubérculos miliares em até 95% das vezes. Entretanto, a laparoscopia é um método invasivo e caro, estando associada a complicações em cerca de 3% dos exames². Em casos em que se suspeita de tuberculose pélvica, pela possibilidade de múltiplas aderências, é aconselhado realizar a técnica da *open laparoscopy*, em que se realiza uma incisão de 2-3 cm vertical na região umbilical, diseca-se até a fascia e deixa-se reparada a aponeurose. Nessa eventualidade, não se usa a agulha de Verres e sim o trocar, entrando na cavidade sob visualização direta, sem riscos maiores de lesão de alça ou grandes vasos⁸. Em países em desenvolvimento, onde provavelmente há mais casos de tuberculose e a laparoscopia não é disponível universalmente, há necessidade de se valer de outros dados para a elucidação da doença, como veremos adiante.

O maior avanço recente no diagnóstico da tuberculose pélvica/peritoneal é a determinação da ADA no líquido de ascite³. A ADA é uma enzima envolvida na conversão da adenosina em inosina, sendo liberada pelos macrófagos e linfócitos durante a resposta imune celular². Os estudos têm mostrado que um ponto de corte acima de 33 U/l oferece uma sensibilidade e especificidade de cerca de 100% e 95%, respectivamente, para o diagnóstico da doença tuberculosa no abdome⁵. No caso relatado, os níveis da ADA aumentados (71 U/l) possibilitaram subsídio para indicar uma terapia empírica enquanto se aguardava o resultado da cultura.

Harlan e Grim² citam que em áreas onde a tuberculose é endêmica ou onde o custo de uma laparoscopia seria proibitivamente caro, o teste da ADA parece ser útil. Em países em desenvolvimento como o nosso, à medida que se adquire mais experiência, a combinação de ADA

grandemente elevado no líquido de ascite e uma pronta resposta à terapia antituberculosa pode se tornar uma abordagem aceitável⁵.

SUMMARY

Pelvic tuberculosis is an extrapulmonary form of tuberculosis with increasing incidence in the western world. Clinical and laboratory findings of this disease are often unspecific and mimic a variety of other disorders, including gynecologic malignant tumors. The authors report a case of a 53-year-old woman with pelvic tuberculosis and associated abdominal tuberculous peritonitis. Laboratory investigation included laparoscopy, CA-125 levels and tuberculin test, among others. Discussion on the clinicopathological aspects and diagnostic methods used to elucidate this case is presented.

KEY WORDS: *Pelvic tuberculosis. Tumor markers. CA-125. Laparoscopy.*

Referências

1. Martens MG. Pelvic tuberculosis. In: Rock JA, Thompson JD, editors. *Te Linde's Operative Gynecology*. 8ª ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p.678-84.
2. Harlan WR 3rd, Grim IS. Tuberculous peritonitis: can ADA keep the laparoscope away? *Gastroenterology* 1997; 113:687-9.
3. Nistal de Paz F, Herrero Fernandez B, Perez Simon R, et al. Pelvic peritoneal tuberculosis simulating ovarian carcinoma: report of three cases with elevation of the CA 125. *Am J Gastroenterol* 1996; 91:1660-1.
4. Bankier AA, Herold CJ. Abdominal tuberculosis mimicking a gynecologic tumor. *AJR Am J Roentgenol* 1993; 161:211-2.
5. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol* 1993; 88:989-99.
6. Sutherland AM, Glen ES, MacFarlane JR. Transmission of genitourinary tuberculosis. *Health Bull (Edinb)* 1982; 40:87-91.
7. Portielje JE, van der Werf SD, Mutsaers JA, Lohle PN, Puylaert JB. Echographic recognition of tuberculous peritonitis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141:89-93.
8. Medeiros LR. Videolaparoscopia cirúrgica em ginecologia. In: Camargo SF, editor. *Cirurgia Ginecológica: propostas e refinamentos*. 2ª ed. São Paulo: Fundo Editorial Byk-Prociencx; 1998. p.262.