



TUBERCULOSE PANCREÁTICA MIMETIZANDO LESÕES PANCREÁTICAS: RELATO DE DOIS CASOS

Anna Maria Garcia Cardoso, Letícia Manoel Debon, Luiz Henrique Capaverde, Rafael Costa e Campos, Marcelo Garcia Toneto
Serviço de Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo, Hospital São Lucas da PUCRS, Porto Alegre, RS

INTRODUÇÃO

O acometimento do pâncreas pela tuberculose (TB) é raro, mesmo em áreas endêmicas.^{1,2,3,4,5,6,7,8,9} A apresentação clínica é variável e por vezes inespecífica, podendo simular um câncer pancreático e, portanto, poderiam levar a conduta inadequada, até mesmo uma intervenção cirúrgica desnecessária e passível de complicações e mortalidade.^{2,5,6,8,10} O objetivo deste estudo é relatar dois casos de tuberculose pancreática que entraram no diagnóstico diferencial de lesão neoplásica.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 54 anos, previamente hígida, procurou atendimento por achado incidental de lesão pancreática em exames de rotina. Ressonância magnética identificou lesão expansiva sólida e hipovascular no corpo pancreático, com impregnação periférica pelo meio de contraste e restrição à difusão, medindo 5,6x2,8x3,0cm, sugestiva de neoplasia, defeito de enchimento na porção proximal da veia porta, sugestiva de trombose/invasão. A lesão tinha contato com lobo esquerdo do fígado e com artéria hepática comum. Na laparoscopia diagnóstica, identificou-se massa em retroperitônio, junto ao tronco celíaco. Durante a manipulação e biópsia da lesão, houve extravasamento de líquido purulento, que foi drenado e enviado para análise, evidenciando inflamação crônica granulomatosa com necrose caseosa, compatível com TB, com pesquisa de BAAR e fungos negativa. Tratamento com tuberculostático ambulatorial e melhora clínico-radiológica.

Paciente feminina, 28 anos, HIV+ há 7 anos e tratamento irregular, apresentou dor em andar superior do abdome, com piora no período pós-prandial, com 10 dias de evolução, associada a febre e piora do estado geral.

Palavra-chave 1: Neoplasia pâncreas **Palavra-chave 2:** Tuberculose pancreática **Palavra-chave 3:** Diagnóstico diferencial

REFERÊNCIAS:

- ¹ Hoilat GJ, Abdu M, Hoilat J, Gitto L, Bhutta AQ. A Rare Case of Pancreatic Tuberculosis Diagnosed via Endoscopic Ultrasound-Guided Fine Needle Aspiration and Polymerase Chain Reaction. Cureus. 2020;12(6):e8795.
- ² Chaudhary, P., Bhadana, U. & Arora, M.P. Pancreatic Tuberculosis. Indian J Surg, 2015; 517–524 (77).
- ³ Debi, U. Abdominal tuberculosis of the gastrointestinal tract: Revisited. World Journal of Gastroenterology, 2014, 20(40).
- ⁴ Chatterjee S, Schmid ML, Anderson K, Oppong KW. Tuberculosis and the pancreas: a diagnostic challenge solved by endoscopic ultrasound. A case series. J Gastrointest Liver Dis. 2012;21(1):105-107.
- ⁵ Ranaa S, Sharmaa V, Sampathb S, et al. Vascular invasion does not discriminate between pancreatic tuberculosis and pancreatic malignancy: a case series. Annals of Gastroenterology, 2014; 27, 395-398.
- ⁶ Bhurwal A, Haq MM, Sapru S, et al. Isolated Pancreatic Tuberculosis Mimicking Pancreatic Cancer: A Diagnostic Challenge. Case Reports in Gastrointestinal Medicine, 2018. 1-4.
- ⁷ Zhu M, Zhang N, Tao W, et al. Pancreatic Tuberculosis with Vascular Involvement and Peritoneal Dissemination in a Young Man. Case Reports in Medicine, 2017, 1-6.
- ⁸ Gupta P, Kumar S, Sharma V, et al. Common and uncommon imaging features of abdominal Tuberculosis Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology, 2019.
- ⁹ Malikowski T, Mahmood M, Smyrk T, et al. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and associated viscera J Clin Tuberc Other Mycobact Dis, 2018; 1–8(12).
- ¹⁰ Pi-Jiang Sun MS, Yan Lin BS, Xi-Jun Cui, BS Isolated pancreatic tuberculosis with elevated CA 19-9 levels masquerading as a malignancy Medicine, 2018; 97:52.

Apresentava alteração de provas pancreáticas e colelitíase, sendo diagnosticada com provável pancreatite biliar, além de CV 61.593 e CD4 41. TC com contraste e colângiorressonância que evidenciaram lesão arredondada, sólido-cística, septada, de 3,2x3,0 cm na porção cefálica do pâncreas de natureza indeterminada (Figura 1 e 2), denotando compressão extrínseca do ducto colédoco e da veia porta, gerando trombose parcial desta. Foi aspirado cerca de 20 ml de material purulento em punção percutânea da coleção guiada por TC, cuja análise evidenciou BAAR +. Iniciou esquema com RHZE, evoluindo com melhora da febre e demais sintomas, bem como involução da lesão.

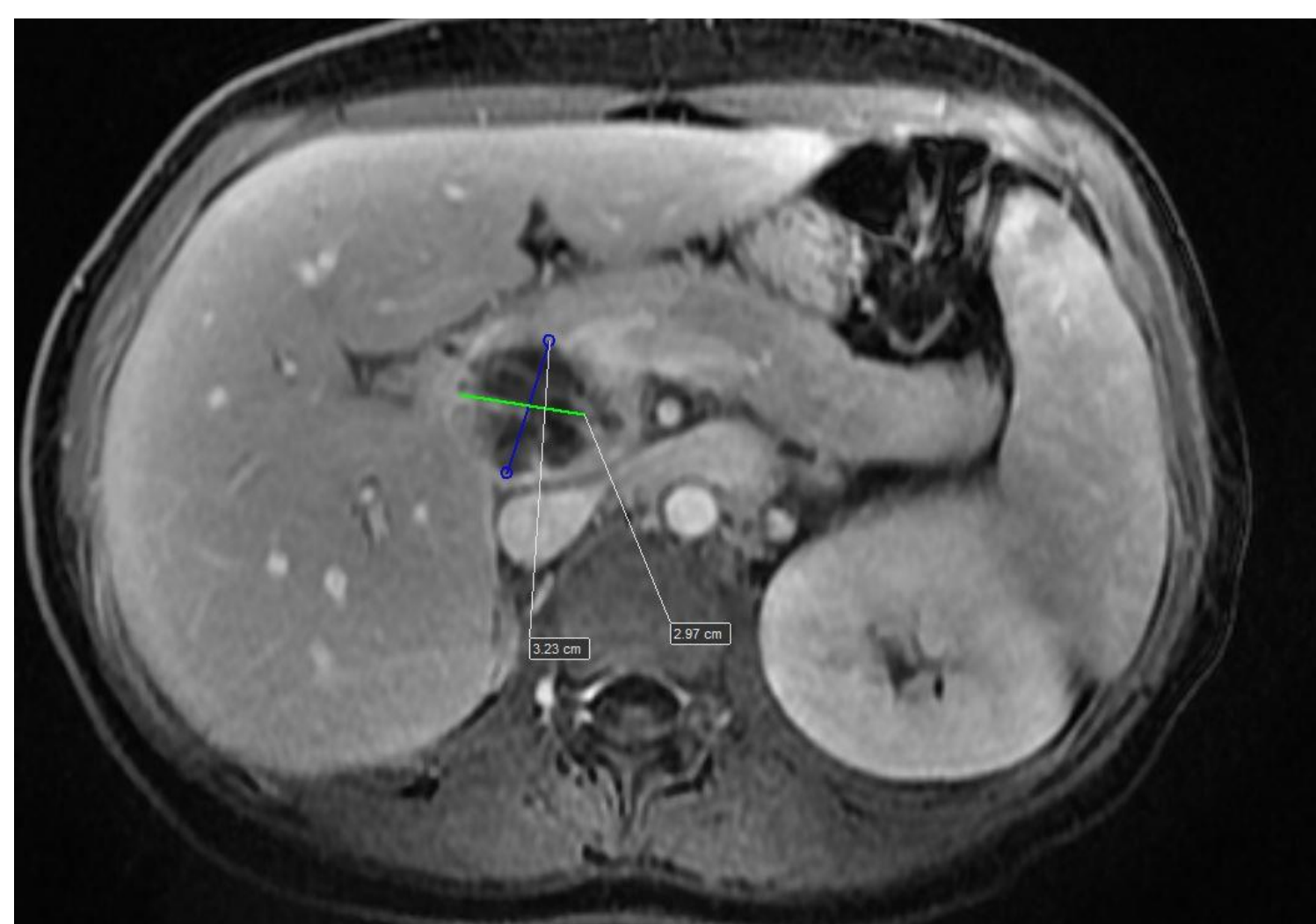


Figura 01 – Corte axial

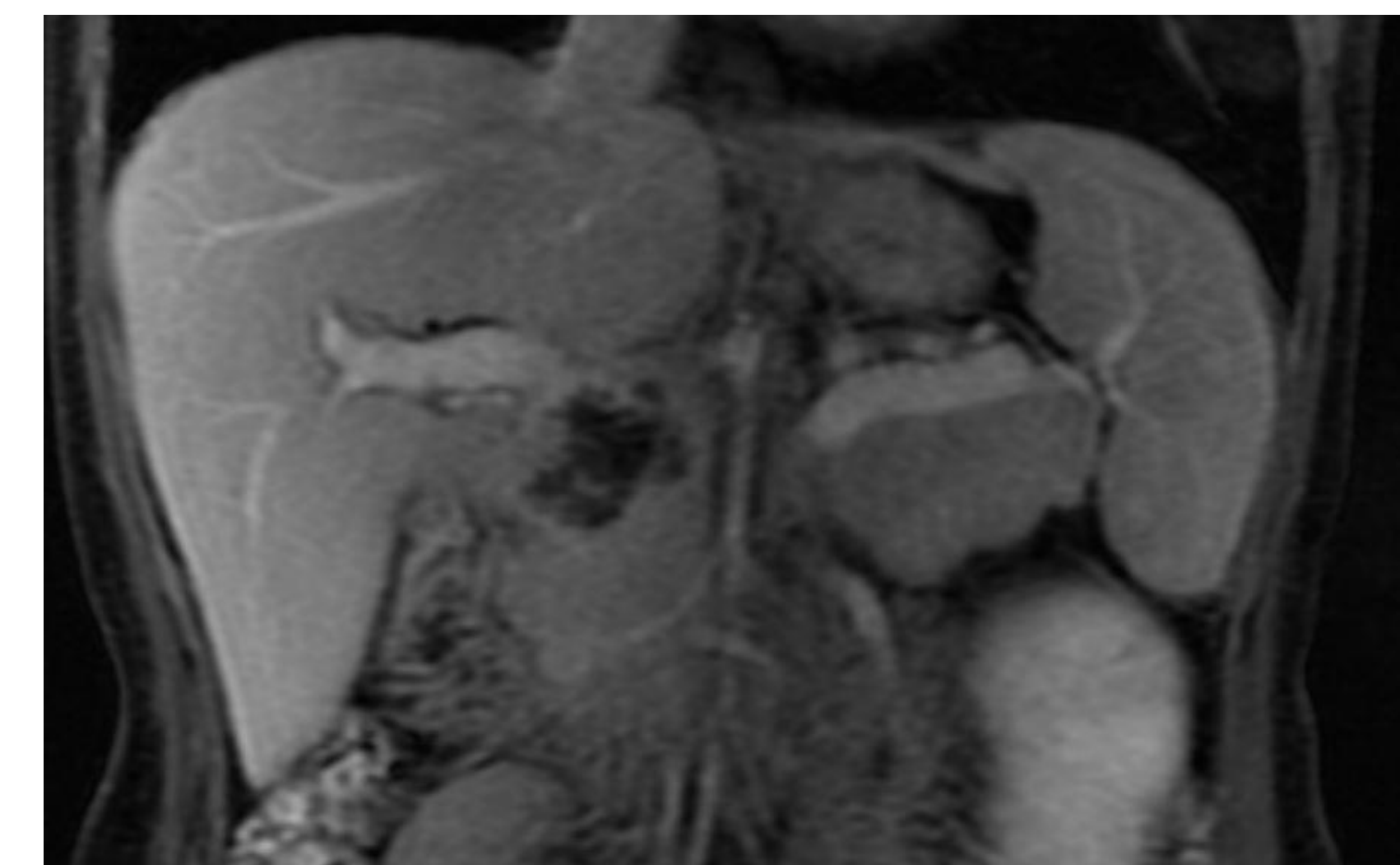


Figura 02 – Corte coronal

DISCUSSÃO

O acometimento do pâncreas pela TB é incomum e sua verdadeira incidência é desconhecida.^{3,5,6,7} A apresentação mais comum é uma lesão solitária com múltiplos componentes císticos. 8 Quase um quarto dos casos associam-se ao HIV, sendo rara em pacientes não imunocomprometidos.^{4,7,9,10} Na ausência de características clínicas, laboratoriais ou radiológicas específicas, incluindo invasão vascular para distinguir TB do câncer pancreático, a confirmação histopatológica ou citológica é necessária para estabelecer o diagnóstico e conduta.⁵ A maioria dos casos de tuberculose pancreática responde bem a terapia medicamentosa.¹⁰ Com a evolução dos exames de imagem e da radiointervenção, é possível realizar o diagnóstico de forma mais ágil e eficaz.⁴