

TUBERCULOSE PERITONEAL E PULMONAR ASSOCIADA À HEPATOTOXICIDADE AO TRATAMENTO: RELATO DE CASO

Márcia Valéria Brandão dos Santos Martins², Livia Gomes Goering¹

1. Acadêmico de Medicina da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO - Barra da Tijuca); 2. Professora de Medicina da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO - Barra da Tijuca).

liviaggoering@gmail.com

Eixo Temático: 1

RESUMO

Introdução: A tuberculose é uma doença infecciosa que pode apresentar manifestações extrapulmonares, entre elas a tuberculose peritoneal, cujo diagnóstico pode ser desafiador devido à apresentação inespecífica e à semelhança com outras doenças abdominais. **Objetivo:** Relatar um caso de tuberculose peritoneal associada à tuberculose pulmonar, com ocorrência de hepatotoxicidade durante o tratamento e posterior reintrodução do esquema terapêutico. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 42 anos, com antecedente de espondilite anquilosante e uso prévio de imunomodulador, apresentou achados tomográficos compatíveis com acometimento pulmonar e peritoneal, incluindo opacidades em árvore em brotamento, consolidação pulmonar, derrame pleural, ascite, espessamento nodular do omento e realce peritoneal difuso. Foi iniciado tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, porém houve desenvolvimento de hepatotoxicidade, levando à interrupção temporária do esquema. Posteriormente, foram mantidos rifampicina e etambutol, com posterior reintrodução do esquema inicial, que foi bem tolerado. **Discussão:** A apresentação peritoneal pode mimetizar doenças neoplásicas e apresenta dificuldades diagnósticas, especialmente pela baixa carga bacilar. O acometimento pulmonar concomitante e o antecedente de imunomodulação contribuíram para a suspeita diagnóstica. **Conclusão:** O caso resalta a importância da suspeição clínica diante de manifestações extrapulmonares e do acompanhamento durante o tratamento, permitindo o manejo adequado da hepatotoxicidade e a conclusão terapêutica com evolução para cura e ausência de recidiva.

Palavras-chave: Tuberculose. Tuberculose Pulmonar. Tuberculose Peritoneal. Hepatotoxicidade. Antituberculosos.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis is an infectious disease that may present with extrapulmonary manifestations, including peritoneal tuberculosis, whose diagnosis can be challenging due to its nonspecific presentation and similarity to other abdominal diseases. **Objective:** To report a case of peritoneal tuberculosis associated with pulmonary tuberculosis, complicated by hepatotoxicity during treatment and subsequent reintroduction of the therapeutic regimen. **Case Description:** A 42-year-old female patient with a history of ankylosing spondylitis and previous use of an immunomodulator presented with computed tomography findings consistent with pulmonary and peritoneal involvement, including tree-in-bud opacities, pulmonary consolidation, pleural effusion, ascites, nodular omental thickening, and diffuse peritoneal enhancement. Treatment with rifampicin, isoniazid, pyrazinamide, and ethambutol was initiated; however, hepatotoxicity developed, requiring temporary discontinuation of the regimen. Rifampicin and ethambutol were subsequently maintained, followed by reintroduction of the initial regimen, which was well tolerated. **Discussion:** Peritoneal involvement may mimic neoplastic diseases and presents diagnostic challenges, particularly due to its low bacillary burden. Concomitant pulmonary involvement and a history of immunomodulator use contributed to the diagnostic suspicion. **Conclusion:** This case highlights the importance of clinical suspicion in patients with extrapulmonary manifestations and careful monitoring during treatment, allowing appropriate management of hepatotoxicity and completion of therapy, with clinical cure and no recurrence.

Keywords: Tuberculosis. Pulmonary Tuberculosis. Peritoneal Tuberculosis. Hepatotoxicity. Antituberculosis Agents.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), infecção bacteriana causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, permanece como um dos principais desafios de saúde pública mundial. O acometimento pulmonar é a manifestação mais frequente da doença, enquanto as formas extrapulmonares (TBEP) são menos comuns e podem apresentar manifestações clínicas variadas, dificultando o diagnóstico¹. Dentre as diversas apresentações extrapulmonares, a tuberculose peritoneal destaca-se como a forma mais comum de tuberculose abdominal, correspondendo a mais de dois terços dessas manifestações e representando entre 5% e 16,6% de todos os casos de TBEP².

Por se tratar de uma enfermidade com características majoritariamente paucibacilares, os testes microbiológicos diretos clássicos, como a pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) e a cultura de micobactérias no líquido ascítico, possuem uma sensibilidade diagnóstica muito baixa, o que frequentemente acarreta repetidos testes falso-negativos^{3,4}. Além disso, seu início insidioso e a presença de sintomas inespecíficos, como dor abdominal, emagrecimento, febre e ascite, mimetizam patologias peritoneais inflamatórias e neoplásicas, como a carcinomatose peritoneal, a doença de Crohn e até mesmo neoplasias ovarianas^{5,6,7}. Nesse contexto, a imunossupressão constitui um dos principais fatores predisponentes para o desenvolvimento e a reativação da tuberculose, especialmente de formas graves e extrapulmonares. A redução da resposta imunológica celular, fundamental para o controle da infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, pode ocorrer em diferentes condições, incluindo infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), uso prolongado de corticosteroides e de agentes imunomoduladores ou imunossupressores, além de doenças hematológicas e neoplasias, transplante de órgãos e outras condições que comprometem a resposta imune. Nessas situações, a redução da capacidade do organismo de conter a multiplicação e a disseminação do bacilo favorece apresentações clínicas mais extensas e o acometimento de sítios extrapulmonares, tornando o diagnóstico particularmente desafiador^{1,3,4}.

A relevância deste caso está na apresentação concomitante de tuberculose peritoneal e pulmonar, associada à ocorrência de hepatotoxicidade durante o tratamento com o esquema RIPE, com posterior reintrodução do esquema e evolução favorável. O relato contribui para a compreensão das manifestações extrapulmonares da tuberculose e das dificuldades

relacionadas ao manejo dos efeitos adversos do tratamento, ressaltando a importância do acompanhamento clínico durante a terapia antituberculosa

Assim sendo, o presente relato de caso tem como objetivo relatar um caso de tuberculose peritoneal associada à tuberculose pulmonar, com ocorrência de hepatotoxicidade durante o tratamento com o esquema RIPE, destacando os desafios relacionados ao manejo terapêutico e à reintrodução dos medicamentos antituberculosos.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente feminina, 42 anos, branca, HIV negativo e com antecedente de espondilite anquilosante e uso prévio de imunomodulador por aproximadamente sete anos. Em dezembro de 2021, procurou atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) para início do tratamento da tuberculose. A paciente havia sido previamente acompanhada em serviço privado de saúde, não sendo possível recuperar, nos registros disponíveis, as informações referentes à apresentação clínica e à sintomatologia inicial. Na avaliação realizada na UBS, encontrava-se em bom estado geral, sem alterações ao exame físico.

A tomografia computadorizada de tórax, realizada em dezembro de 2021, evidenciou opacidades centrolobulares com padrão de árvore em brotamento, distribuídas em aglomerados nos lobos superior, médio e inferior, além de consolidação no segmento basal posterior direito, derrame pleural livre à direita, atelectasia passiva do parênquima adjacente e linfonodomegalias mediastinais, achados sugestivos de processo infeccioso. A tomografia computadorizada de abdome demonstrou ascite moderada, espessamento nodular do omento e realce peritoneal difuso, compatíveis com acometimento peritoneal. Os exames laboratoriais não apresentaram alterações significativas. Não constam, nos registros disponíveis, informações acerca da realização de testes diagnósticos específicos para tuberculose, incluindo exames microbiológicos ou moleculares.

Foi estabelecido o diagnóstico de tuberculose pulmonar e peritoneal com base nos achados clínicos, radiológicos e epidemiológicos, sendo iniciado esquema antituberculose com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RIPE) em dezembro de 2021. Uma semana após, a paciente apresentou hepatotoxicidade medicamentosa, sendo necessária a interrupção do esquema. Conforme orientação da pneumologista do serviço particular que a paciente acompanhava, foi mantida temporariamente em tratamento com rifampicina 600 mg/dia e etambutol 1.200 mg/dia.

Em fevereiro de 2022, foi realizada a reintrodução do esquema RIPE, com boa tolerância. Em março, iniciou a fase de manutenção com rifampicina e isoniazida. Evoluiu satisfatoriamente, completando o tratamento e recebendo alta por evolução clínica positiva, sem registro de recidiva.

O presente relato, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição responsável, com parecer consubstanciado emitido sob o número 89205824.2.0000.5283.

DISCUSSÃO

A tuberculose peritoneal (TP) é uma das principais formas de tuberculose abdominal e uma manifestação extrapulmonar de relevância clínica. Pode ocorrer por disseminação hematogênica de um foco pulmonar ou por extensão direta de estruturas adjacentes¹. Seu diagnóstico constitui um desafio devido à apresentação frequentemente inespecífica e insidiosa, podendo mimetizar doenças inflamatórias, infecciosas e, principalmente, neoplásicas^{5,6,7}.

A dificuldade diagnóstica é ainda maior devido ao caráter frequentemente paucibacilar da doença, que reduz a sensibilidade dos métodos microbiológicos. Assim, resultados negativos em exames específicos não são suficientes para excluir a TP. Nesses casos, os achados clínicos, radiológicos, laboratoriais e epidemiológicos devem ser analisados em conjunto para definição da conduta. A análise do líquido ascítico, incluindo celularidade, gradiente de albumina soro-ascite e dosagem de adenosina deaminase (ADA), pode contribuir para a investigação, enquanto a confirmação pode ser obtida por cultura ou análise histopatológica quando disponíveis^{3,4}.

No presente caso, a tomografia abdominal evidenciou ascite, espessamento nodular do omento e realce peritoneal difuso, achados que podem ser observados tanto na TP quanto na carcinomatose peritoneal^{3,4}. A presença concomitante de alterações pulmonares sugestivas de tuberculose, incluindo o padrão de árvore em brotamento, consolidação e derrame pleural, favoreceu a hipótese de acometimento tuberculoso sistêmico e contribuiu para o estabelecimento do diagnóstico¹.

Outro aspecto relevante foi o antecedente de espondilite anquilosante e uso prolongado de imunomodulador, condição que pode aumentar a suscetibilidade à tuberculose

e favorecer apresentações extrapulmonares. Esse contexto reforça a importância de considerar a tuberculose no diagnóstico diferencial de pacientes em uso de imunomoduladores que apresentem alterações pulmonares ou abdominais sugestivas de doença infecciosa^{3,4}.

O tratamento da tuberculose peritoneal segue o mesmo esquema terapêutico recomendado para as formas pulmonares da doença, baseado na combinação de rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RIPE)^{1,3}. Apesar de sua eficácia, os fármacos do esquema, particularmente a rifampicina, a isoniazida e a pirazinamida, podem causar hepatotoxicidade, uma importante complicação durante o tratamento e que pode exigir a interrupção temporária da terapia¹. No caso apresentado, essa complicação ocorreu durante o tratamento, sendo necessária a suspensão dos medicamentos e sua posterior reintrodução de forma gradual. Após a reintrodução, a paciente apresentou boa tolerância ao esquema, completou o tratamento e evoluiu com melhora clínica.

CONCLUSÃO

O presente caso evidencia a importância do reconhecimento da tuberculose peritoneal associada ao acometimento pulmonar, especialmente diante de achados radiológicos que podem mimetizar outras doenças, como a carcinomatose peritoneal e doenças inflamatórias. A presença de fatores predisponentes, como o uso prévio de imunomodulador, deve aumentar o grau de suspeição para formas extrapulmonares da tuberculose.

Além disso, o caso demonstra a importância do monitoramento dos efeitos adversos do tratamento antituberculoso, permitindo a identificação e o manejo adequado da hepatotoxicidade e posterior reintrodução do esquema terapêutico. A abordagem individualizada e o acompanhamento clínico adequado possibilitaram a conclusão do tratamento, com evolução para cura e ausência de recidiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente

Transmissíveis. Boletim epidemiológico: tuberculose 2026. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2026.

2. Ozturk NB, Tsagkaris C, Dolek N, Iliaz R. Clinical presentation of peritoneal tuberculosis. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2022 Nov 15;36(2):259-260. doi: 10.1080/08998280.2022.2144706. PMID: 36876276; PMCID: PMC9980671.
3. Jha DK, Pathiyil MM, Sharma V. Evidence-based approach to diagnosis and management of abdominal tuberculosis. *Indian J Gastroenterol*. 2023 Feb;42(1):17-31. doi: 10.1007/s12664-023-01343-x. Epub 2023 Mar 11. PMID: 36899289; PMCID: PMC10005918.
4. Maulahela H, Simadibrata M, Nelwan EJ, Rahadiani N, Renesteen E, Suwarti SWT, Anggraini YW. Recent advances in the diagnosis of intestinal tuberculosis. *BMC Gastroenterol*. 2022 Mar 1;22(1):89. doi: 10.1186/s12876-022-02171-7. PMID: 35227196; PMCID: PMC8885312.
5. Gras Gómez CM, Torres Melero J, Rodríguez-Perdomo MJ, Ruiz Pardo J, Estébanez Ferrero B, Rico-Morales MDM, Álvarez García A, Reina Duarte Á. Peritoneal tuberculosis mimicking colonic carcinomatosis. *Rev Esp Enferm Dig*. 2023 Mar;115(3):147-148. doi: 10.17235/reed.2022.8990/2022. PMID: 35815788.
6. Al Jazzar RI, Sulaihim Z, Alkhiary A, Alzahrani N. Abdominal tuberculosis mimicking peritoneal metastasis. *Pleura Peritoneum*. 2023 Jun 15;8(3):139-140. doi: 10.1515/pp-2023-0012. PMID: 37662603; PMCID: PMC10469162.
7. Al-Zughali EA, Al-Shami NA, Hamedat AW, Al-Bustanji S, Almaletti M, Al-Shaibani EM, Ba-Shammakh SA. Peritoneal Tuberculosis Mimicking Ovarian Malignancy: A Case Report. *Cureus*. 2024 Dec 22;16(12):e76231. doi: 10.7759/cureus.76231. PMID: 39845238; PMCID: PMC11751587.