



22 A 26
DE OUTUBRO
DE 2024
FLORIANÓPOLIS - SC



Trabalhos Científicos

Título: Tuberculose Hepática Isolada Na Infância Como Diagnóstico Diferencial De Abscessos Hepáticos: Relato De Caso

Autores: THAYANE DOS SANTOS CAVALCANTI (HOSPITAL OSWALDO CRUZ - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO), GABRIELA MARIA PIMENTEL CHAVES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), ALANA DINIZ FERRAZ (HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), RITA DE CÁSSIA COELHO MORAES DE BRITO (HOSPITAL OSWALDO CRUZ - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO), ANA CARLA MOURA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), ADRIANA AZOUBEL-ANTUNES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO)

Resumo: No Brasil, a incidência de tuberculose (TB) na infância tem aumentado desde 2020. Em cerca de 20% dos casos, a apresentação é na forma extrapulmonar, sendo raro o acometimento hepático isolado. A TB hepática é considerada uma manifestação da infecção ativa pelo *Mycobacterium tuberculosis*. É essencial suspeitar da associação com imunodeficiências adquiridas ou erros inatos da imunidade (EII) em TB extrapulmonar com apresentação atípica. Paciente, 3 anos, sexo feminino, com queixa de dor abdominal, hiporexia e febre diária há 2 meses. Apresentou lesões sugestivas de abscessos hepáticos em ultrassonografia e tomografia de abdome. Evoluiu com aumento dos abscessos apesar de antibioticoterapia de largo espectro por 4 semanas. Prova tuberculínica não reatora e radiografia de tórax sem alterações. Tomografia de tórax com nódulo pulmonar residual. Sorologia para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) negativa. Dosagem de alfa-fetoproteína dentro da normalidade. Realizada biópsia hepática, cujo anatomopatológico evidenciou reação inflamatória granulomatosa crônica com necrose caseosa por tuberculose. Pesquisa de bacilo álcool ácido resistente (BAAR) em amostra hepática negativa. Dosagem de imunoglobulinas, de glicose-6-fosfato-desidrogenase e teste da dihidrorrodamina afastaram os principais EII. Foi realizado tratamento com rifampicina, isoniazida e pirazinamida para tuberculose por 9 meses com resposta clínica e de imagem satisfatórias. É conhecido que o acometimento hepático da TB ocorre por via hematogênica, por disseminação local do trato gastrointestinal ou reativação da infecção latente. A forma miliar corresponde a 80% dos casos de TB hepática, enquanto a forma hepática localizada, a 20%. A maioria dos estudos sobre TB hepática localizada envolvem pacientes portadores do HIV, nos levando a questionar o envolvimento da falha do sistema imune nessa apresentação. Por isso, essa infecção deve alertar para investigação de EII, já que é mais comum em pacientes imunocomprometidos. O diagnóstico da TB hepática na infância é desafiador devido à baixa carga bacilar e à ausência de sinais e sintomas específicos. A TB hepática localizada pode mimetizar desde quadro de hepatite viral, abdome agudo, neoplasia e até abscesso amebiano ou piogênico. Assim, deve ser suspeitada quando houver febre, perda de peso, fadiga, hepatomegalia e/ou abscesso hepático na presença ou ausência de alteração de transaminases, fosfatase alcalina e função hepática. Estudos revelam que a tomografia computadorizada é o método mais sensível para investigação por imagem, enquanto a biópsia hepática é considerado o mais específico para o diagnóstico. A sensibilidade da pesquisa de BAAR na lesão hepática é variável. A TB hepática localizada é incomum, mas também subnotificada, e deverá ser considerada no diagnóstico diferencial de abscessos hepáticos na infância no Brasil, já que se trata de área endêmica e o diagnóstico tardio acarreta complicações e até óbito do paciente acometido.