

Relatos Casos Clínicos

PD-002 - (UM20-5210) - QUANDO O QUE PARECE AFINAL NÃO VEM SÓ! – UM CASO DE TUBERCULOSE GANGLIONAR

Sónia Corujo¹; Catarina Monteiro¹; Catarina Vaz²

1 - UCSP-ULS Guarda; 2 - ULS-Guarda

Enquadramento

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa multisistémica com uma das maiores taxas mundiais de morbi-mortalidade apesar da optimização da terapêutica antibacilar. A Tuberculose extrapulmonar, compreende lesões localizadas no Aparelho Respiratório fora do parênquima pulmonar (pleura e cadeias ganglionares intratorácicas) e as lesões extra torácicas. Podem decorrer com ou sem atingimento do aparelho respiratório e as manifestações clínicas dependem do(s) órgão(s) atingido(s). A forma extrapulmonar mais comum é a Tuberculose Ganglionar (TBG) com cerca de 35% de incidência, estando associada a deficiências da função imunitária. Verificou-se que o aumento da esperança média de vida, o declínio natural do estado imunitário subsequente ao envelhecimento e o crescente uso de terapêutica imunossupressora têm sido apontados como factores risco para um aumento da incidência da TB neste grupo populacional.

Descrição de caso clínico

Apresenta-se o caso de um homem de 68 anos de idade, trabalhador da construção civil, com tabagismo activo (30UMA), com AP de AR. Seguido em consulta de Reumatologia **desde 2012** com quadro clínico estável- sem artrite activa, apenas com limitação da mobilidade do ombro, punhos e mãos. Em **Setembro de 2014** inicia desconforto torácico, com sensação de enfartamento e pirose que aliviam com eructações. Ao EO: sem alterações; Análises e ECG normais, na EDA apresenta Gastrite Crónica. Em **Junho de 2015**: mantém quadro de desconforto torácico, sem tosse ou expectoração. Nega febre, anorexia, astenia ou perda de peso. Refere polaquíúria de início recente, sem urgência urinária ou hematúria. **Analiticamente** com PSA 7.328; VS 5 mm/h; PCR negativa. Em **Setembro de 2015** a **Ecografia transrectal** revela aumento da próstata – 80 cm³, com características homogéneas. **Analiticamente**: aumento dos parâmetros inflamatórios com VS 28 mm/h; PCR 2,57 mg/dL; restante sem alterações. **Rx Torax**: alargamento do mediastino, espessamento dos brônquios com diminuição da transparência dos campos pulmonares bilateral medio/base. Em **Abril de 2016**, a **RMN Pélvica** revela próstata de dimensões aumentadas, com volume de 85ml, à custa do aumento da zona de transição; numerosos nódulos de hiperplasia adenomatosa que poderá corresponder a lesão neoplásica. **TAC Torácica**: múltiplas lesões nodulares bilaterais, a de maiores dimensões de 23mm de diâmetro, sugestivas de localizações secundárias. Múltiplas adenopatias mediastínicas nos diferentes compartimentos do mediastino a maiores dimensões com 16mm de diâmetro. Adenopatias hilares bilaterais com cerca de 15mm de diâmetro. Encaminhado para Cirurgia Cardiotorácica do CHUC, para biópsia excisional do nódulo pulmonar esquerdo. Em Junho: **resultado histológico** da prostática: adenocarcinoma da próstata, **resultado histológico** do nódulo pulmonar: Tuberculoma com necrose caseosa. Iniciou tratamento com anti-bacilares e foi proposto para próstatectomia parcial.

Discussão

Dado inexistência de sintomas específicos e a sobreposição do diagnóstico de Adenocarcinoma da Próstata, vários diagnósticos diferenciam. Concluímos que embora a forma extrapulmonar mais comum em imunocompetentes seja a TBG esta constitui um importante desafio para o clínico. Atrasos no diagnóstico e no início da terapia estão associados a elevadas taxas de morbimortalidade pelo que é fundamental um elevado índice de suspeição associado a uma anamnese e exame objectivo completos e cuidadosos bem como meios complementares diagnósticos adequados para se obter o diagnóstico definitivo.