

TUBERCULOSE GENITAL DIAGNÓSTICA INTRAOPERATÓRIO DE MASSA ANEXIAL COMPLEXA

NADIEJDA MENDONÇA AGUIAR NOBRE^{1*}; IVIGNA AGUIAR NOBRE DE OLIVEIRA²; FRANCISCO CIRINEU DAS CHAGAS NETO³; DANIEL LEVY FURTADO SOARES²; RAÍSSA DÉBORA MENDONÇA AGUIAR NOBRE⁴; FRANCISCO ALBERTO RÉGIO DE OLIVEIRA⁵.

1 – Ginecologista e Obstetra pela Universidade Federal do Ceará
2 – Graduando de Medicina Centro Universitário Unichristus
3 – Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Ceará
4 – Médica pelo Centro Universitário Unichristus
5 – Ginecologista da Maternidade Escola Assis Chateaubriand

Artigo submetido em: 28/07/2020

Artigo aceito em: 09/12/2020

Conflitos de interesse: não há.

RESUMO

Tuberculose (TB) é uma infecção bacteriana frequente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. A localização pulmonar e linfonodal é a mais comum, sendo o envolvimento de órgãos genitais raro e normalmente secundário. Neste relato de caso, descrevemos um caso de salpingite tuberculosa diagnosticada apenas no intraoperatório associada a uma massa anexial complexa. Tuberculose genital sintomática se apresenta com infertilidade, irregularidade menstrual, sangramento transvaginal anormal e dor abdominal. A mais comum manifestação de TB genital é a salpingite tuberculosa mediante disseminação hematogênica. O diagnóstico de tuberculose é confirmado por histopatológico ou bacteriologia. O quadro clínico da TB genital é variável e capaz de mimetizar outras patologias, necessitando de forte suspeita para seu diagnóstico e adequada intervenção.

Palavras-chave: Tuberculose; Tuberculose Genital Feminina; Cistoadenofibroma; Laparoscopia.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is a frequent bacterial infection in underdeveloped and developing countries. It is commonly located in the lungs and lymph nodes. Genital organ involvement is rare and usually secondary. In this case report, we describe a case of diagnosed tuberculous salpingitis only diagnosed intraoperatively associated with a complex adnexal mass. Symptomatic genital tuberculosis presents with infertility, menstrual irregularities, abnormal transvaginal bleeding and abdominal pain. The most common manifestation of genital TB is tuberculous salpingitis through hematogenous dissemination. The diagnosis of tuberculosis is confirmed by histopathological examinations or bacteriology. The clinical condition of genital TB is variable and able to mimic other pathologies, requiring strong suspicion for its diagnosis and intervention.

Keywords: Tuberculosis; Female Genital Tuberculosis; Cystadenofibroma; Laparoscopy.

Introdução

Tuberculose (TB) é uma infecção bacteriana causada primordialmente pelo *Mycobacterium tuberculosis* e, em casos mais raros, pelo *Mycobacterium bovis* ⁽¹⁾. Há evidências que aproximadamente 1/3 da população esteja infectada com esse bacilo. A tuberculose é mais prevalente em

países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, sendo um problema de saúde global reportado cerca de dez milhões de novos casos por ano em todo mundo ⁽²⁾.

Os sítios pulmonar e linfonodal são os mais comuns de serem infectados, sendo o envolvimento de órgãos genitais raro e pode ser se-

cundário à tuberculose extragenital ou a alguma imunodeficiência, como HIV⁽³⁾.

É observado que, entre as mulheres que apresentaram tuberculose genital, a maioria estava ainda em idade reprodutiva (20-45 anos), tendo como locais mais comumente atingidos as tubas uterinas, bilateralmente (mais de 90% dos casos) e o endométrio, muitas vezes relacionada à tuberculose peritoneal. É importante ressaltar também que a vagina e a vulva são raramente infectadas nesses casos (apenas 1%)⁽¹⁾.

Nesse relato de caso, descrevemos um caso de salpingite tuberculosa e tuberculose peritoneal diagnosticadas apenas intraoperatório de ooforoplastia por cisto complexo.

Relato do Caso

V.G.S.A, 46 anos, casada, há 5 anos com diagnóstico de miomatose uterina, inicialmente assintomática por 3 anos. Nos últimos 2 anos apresentou sangramento transvaginal aumentado durante 3 meses. Usou Desogestrel em maio de 2018, cessando o sangramento. Em agosto desse mesmo ano, ainda em uso do medicamento, apresentou novamente sangramento transvaginal intenso e dismenorria acentuada, trocado Desogestrel por anticoncepcional oral combinado. Paciente relata que no início de 2019 apresentou novamente sangramento transvaginal de aspecto borra de café, duração até 20 dias e episódios esporádicos de corrimento vaginal amarelado sem odor. Exame físico ginecológico sem alterações e toque bimanual útero pequeno móvel e indolor.

Ao ultrassom transvaginal realizado em janeiro de 2019 volume uterino 93cm³, 2 miomas intramurais com componentes submucosos medindo 1,3cm e 1,2cm e outros 2 miomas intramurais medindo 1,5cm e 0,7cm. Ovário esquerdo com formação cística complexa apresentando componente parietal sólido vegetante sem fluxo significativo ao Doppler medindo 3,2x2,8cm. Ovário direito sem alterações. CA125: 40 U/ml. Sendo indicado ooforoplastia esquerda com congelação intraoperatória.

Paciente submetida a videolaparoscopia. Durante a cirurgia foram visualizados múltiplos focos puntiformes esbranquiçados (nodulos miliares?) distribuídos difusamente pelo peritônio, trompas, ovários, omento e parede abdominal,

com hidrossalpinge bilateral. Presença de cisto paraovariano esquerdo de conteúdo citrino cerca de 4cm. Ovários bilateralmente sem lesões. Realizada salpingectomia bilateral e exérese do cisto paraovariano esquerdo.

Laudo anatopatológico: Salpingite crônica, granulomatosa, caseosa, bilateral, compatível com tuberculose tubária. Cistoadenofibroma ovariano.

Paciente evoluiu bem no pós-operatório, negou sintomas respiratórios ou constitucionais de perda de peso ou febre. Sendo assim após o diagnóstico de tuberculose pélvica e boa recuperação cirúrgica a paciente recebeu alta e com a confirmação anatopatológica de tuberculose foi encaminhada ambulatorialmente para o setor de clínica médica para tratamento e investigação de outros sítios.

Discussão

Entre os fatores de risco para a tuberculose genital, os mais comuns são contato prévio com outro indivíduo infectado, baixo nível socioeconômico, história de tuberculose pulmonar no passado, imunossupressão, entre outros. Essa apresentação da tuberculose pode apresentar sintomas apenas anos após a contaminação, visto que a maioria dos casos são provenientes da reativação de focos que foram previamente acometidos⁽¹⁾.

Um dos sintomas mais prevalentes é a infertilidade, presente em quase metade dos casos relatados. Outros sintomas comuns são irregularidade menstrual, sangramento transvaginal anormal, leucorreia, amenorreia, sangramento pós-menopausa e dor abdominal⁽⁴⁾.

Os eventos de dor são mais comuns em episódios agudos da doença. No entanto, muitas vezes a apresentação pode ser assintomática. Quando acomete as tubas uterinas, a manifestação macroscópica mais prevalente é a salpingite ou hidrossalpingite tuberculosa mediante disseminação hematogênica. Microscopicamente é possível observar endosalpingite⁽⁵⁾.

Devido aos sintomas muitas vezes inespecíficos, o diagnóstico de tuberculose genital é difícil, mas deve sempre ser suspeitado em casos cujas características sejam condizentes com a apresentação da doença, sendo necessária uma boa avaliação clínica da paciente⁽⁶⁾. O diagnóstico pode ser confirmado por histopatológico ou bac-

teriologia¹. Também pode ser utilizado o teste tuberculínico, visto que possui alta especificidade para casos de tuberculose genital (90%)⁽⁷⁾.

É importante, também, a realização de laparoscopia ou de laparotomia, para que as lesões presentes sejam observadas e posteriormente seja feita a coleta de material⁽⁸⁾. O tratamento deve ser realizado seguindo protocolo de tuberculose extraperitoneal, e com o apoio multidisciplinar⁽⁹⁾.

Diante do exposto, pode-se concluir que o quadro clínico da tuberculose genital é variável e possui grande capacidade de mimetizar outras patologias. Diagnóstico muitas vezes é um desafio para os profissionais da área da saúde e é realizado apenas em casos de forte suspeita⁽¹⁰⁾.

Dessa forma, o conhecimento dessa patologia é de grande importância, visto que pode causar consequências para a paciente, como disseminação para outros sítios e infertilidade⁽¹¹⁾.

Referências

1. Ramilo I, Caeiro F, Mendinhos G, Santos AP, Pereira JS. Tuberculosis of the female reproductive tract: 10 Years' Experience. *Rev Port Doenc Infec*, 2014; 1(2): 62-69.
2. Campagnolo MI, Reis R, Oliveira VF, Mônico HI, Rivoire W. Tuberculose Pélvica Simulando Tumor Ovariano: um relato de caso. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, 2000; 22(8): 525-528.
3. Sellami M, Charfi S, Chaabouni MA, Mrabet S, Charffeddine I, Ayadi L, Kallel S, Ghorbel A. Fine needle non-aspiration cytology for the diagnosis of cervical lymph node tuberculosis: a single center experience. *Braz. j. otorhinolaryngol.*, São Paulo, 2019; 85(5): 617-622.
4. Gama KNG, Palmeira IP, Rodrigues ILA, Ferreira AMR, Ozela CS. The impact of the diagnosis of tuberculosis through its social representations. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, 2019; 72(5): 1189-1196.
5. Himanshu R, Shanti R, Sharika R. Use of PCR for the diagnosis of endometrial tuberculosis in high risk subfertile women in an endemic zone. *J Obstet Gynaecol, India*, 2003; 53: 260-263.
6. Pina C, Teixeira M, Cruz D, Ferreira E, Mesquita M, Torgal A. Pelvic Tuberculosis The Great Si-

mulator of Gynaecologic Malignancies. *Arq Med, Porto*, 2008;22(2-3) 45-48.

7. Raut VS, Mahashir AA, Sheth SS. The Montoux test in the diagnosis of genital tuberculosis in women. *Int J Gynaecol Obstet*, 2001; (72): 165-169.
8. Chavhan GB, Hira P, Rathod K, Zacharia TT, Chawla A, Badhe P, Parmar H. Female genital tuberculosis: hysterosalpingographic appearances. *Br J Radiol*. 2004; (77): 164-169.
9. Grace GA, Devaleenal DB, Natrajan M. Genital tuberculosis in females. *Indian J Med Res*. 2017; 145(4): 425-436.
10. Jindal UM, Bala Y, Sodhi S, Verma S, Jindal S. Female genital tuberculosis: early diagnosis by laparoscopy and endometrial polymerase chain reaction. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2010; 14(12): 16-34.
11. Kocher C, Weber R, Friedl A. A case study of female genital tuberculosis in a Western European setting. *Infection*. 2011; 39(1): 59-63.

* Autor correspondente:

NADIEJDA MENDONÇA AGUIAR NOBRE

Dr. Hélio Viana 202, São Gerardo.

nadiejda_@hotmail.com