



FÍSTULA LINFODUODENAL NA TUBERCULOSE

Lymphadeno-duodenal fistula in tuberculosis

Bipadabhanjan **MALLICK**¹, Dibya L **PRAHARAJ**¹, Preetam **NATH**¹, Sarat C **PANIGRAHI**¹, Anil C **ANAND**¹

INTRODUÇÃO

A tuberculose ainda é uma das principais causas de morbidade e mortalidade nos países em desenvolvimento¹. Em pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), a tuberculose pode infectar locais e apresentações incomuns. Embora a tuberculose possa envolver qualquer parte do trato gastrointestinal, envolvimento duodenal é incomum². Linfadenite tuberculosa levando à fistula com o duodeno é raramente relatada na literatura. Nós aqui relatamos um caso de linfadenite tuberculosa erodindo na parede duodenal e causando fistula linfadenoduodenal.

RELATO DE CASO

Um homem de 42 anos apresentou febre, dor abdominal e distensão há um mês. Ele também apresentava história de anorexia e perda de 5 kg neste período. O exame sistêmico foi negativo para linfonodos, mas foi significativo para ascite. Ele foi testado positivo para infecção pelo vírus da imunodeficiência humana com contagem de CD4 de 70 células/ μ l. Os parâmetros laboratoriais mostraram hemoglobina de 11,3 gm/dl, contagem total de leucócitos de $8,4 \times 10^9/l$, função renal e hepática normais. A tomografia computadorizada de abdome com contraste mostrou presença de ascite com múltiplos linfonodos necróticos mesentéricos, peripancreáticos, periduodenais e espessamento omental (Figura 1). A análise do líquido ascítico mostrou gradiente de albumina de ascite sérica de 0,8 gm/dl, citologia negativa para células malignas, adenosina desaminase (ADA) de 23 u/l e teste de amplificação de ácido nucleico baseado em cartucho (CB-NAAT) foi negativo para *Mycobacterium tuberculosis*. A endoscopia digestiva alta realizada cinco dias após a tomografia computadorizada de abdome mostrou abaulamento com secreção espessa e esbranquiçada de uma abertura no bulbo duodenal (Figura 2). O CB-NAAT do material esbranquiçado aspirado foi positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Iniciou-se terapia anti-tuberculose e, posteriormente, terapia anti-retroviral, resultando em melhora de todos os sintomas. A repetição da endoscopia gastrointestinal alta após seis semanas mostrou resolução completa da fistula duodenal.

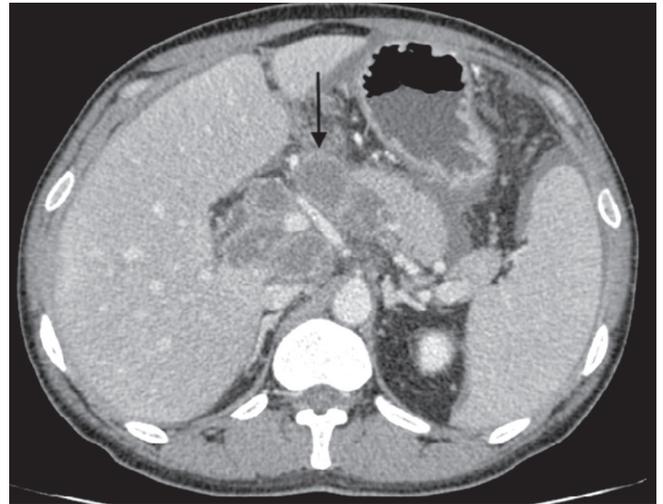


FIGURA 1 – Tomografia abdominal mostrando linfonodos necróticos grandes periduodenais e peripancreáticos (seta preta)

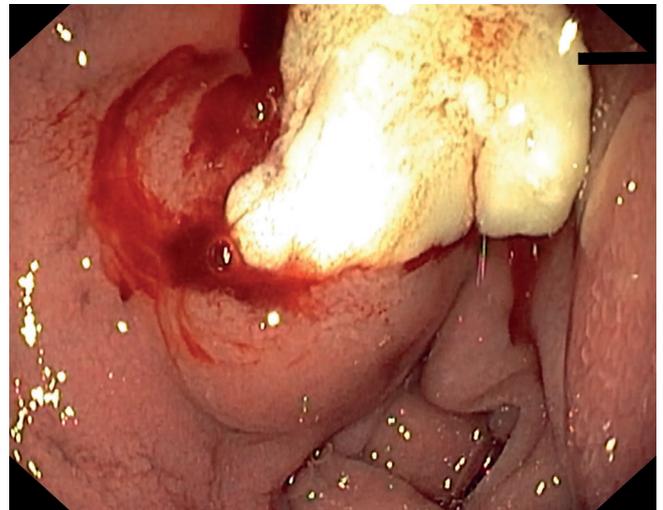


FIGURA 2 – Endoscopia digestiva alta mostrando saída de líquido pela fístula linfoduodenal

DISCUSSÃO

Os grupos de linfonodos periduodenais estão comumente envolvidos na linfadenite tuberculosa abdominal^{1,2}. A formação de fístula linfadenoduodenal é entidade rara encontrada na prática clínica, apesar do envolvimento comum de linfonodos periduodenais na tuberculose^{3,4}. Há formação de necrose caseosa na linfadenite tuberculosa e esses linfonodos tuberculosos podem corroer os linfonodos adjacentes duodenais resultando em um trajeto fistuloso entre o linfonodo e o duodeno⁵. A tomografia com contraste ajuda a identificar a causa da linfadenopatia, bem como o trajeto fistuloso entre o linfonodo e o duodeno^{3,4}. Neste caso, a tomografia abdominal não revelou qualquer comunicação fistulosa entre o linfonodo e o duodeno, mas foi mostrada pela endoscopia digestiva alta, sugerindo uma comunicação fistulosa recentemente desenvolvida. Esta fístula pode ser uma manifestação ou pode se desenvolver após o início da terapia antituberculosa^{3,4}. O manejo da fístula não requer terapia específica adicional além da terapia anti-tuberculosa³⁻⁵.

Para concluir, este caso significa que a tuberculose pode envolver local incomum ou ter apresentação incomum na infecção pelo HIV. A fístula linfadenoduodenal é apresentação rara de linfadenite tuberculosa. O fluido do local da fístula pode ser usado para o diagnóstico de tuberculose

REFERÊNCIAS

1. Sharma MP, Bhatia V. Abdominal tuberculosis. *Indian J Med Res* 2004; 120: 305-15.
2. Bhansali SK. Abdominal tuberculosis. Experiences with 300 cases. *Am J Gastroenterol*. 1977; 67(4): 324-37.
3. Lee DG, Kim GH. Nododuodenal fistula caused by tuberculosis. *Korean J Intern Med*. 2011; 26(4): 477.
4. Nasa M, Sharma Z, Saraf N, et al. Tubercular lymphadenopathy with duodenal fistula. *J Dig Endosc* 2016; 7: 74-6.
5. Bhatti A, Hussain M, Kumar D, et al. Duodenal tuberculosis. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2012; 22(2): 111-2.