

Tuberculose Vesical: um relato de caso

Isadora de Alencar Faria¹; Laura Melo Perillo¹; Mariana Leite Coimbra¹;
Eloiza Helena Ferreira da Silva¹; Agatha Cabral Costa Felício¹; Henrique Poletti Zani²

1. Discente do curso de Medicina do Centro Universitário UniEVANGÉLICA.
2. Docente curso de Medicina do Centro Universitário UniEVANGÉLICA.

RESUMO: A tuberculose é uma doença causada pela Mycobacterium sp., que afeta, principalmente, os indivíduos em condições de escassez de recursos e com o sistema imunológico comprometido, agredindo diversos órgãos e possuindo uma gama de manifestações. Apesar dos grandes avanços tecnológicos em antibióticos e vacinação, mais 10 milhões de pessoas desenvolvem a doença anualmente e mais 1,33 milhões morrem todos os anos. O órgão mais acometido é o pulmão, porém essa pode ser extrapulmonar. O presente relato tem por objetivo relatar um caso de tuberculose geniturinária em uma paciente do sexo feminino, relatando a evolução da mesma. A paciente, 21 anos, sexo feminino apresentava sintomas geniturinários há um ano, tendo diagnóstico inicial de infecção do trato geniturinário, dando início ao tratamento, mas que não apresentou eficácia ou melhora do quadro. Após a realização da cistoscopia, biópsia e pesquisa de Barr (Bacilos álcool-ácido resistentes) na urina, confirmou-se a positividade da tuberculose e houve uma troca de abordagem no tratamento. Posteriormente ao tratamento, houve a resolução completa da adversidade em 2 meses. Dessa forma, há necessidade de que os médicos atentem-se mais a multifatorialidade de sintomas da tuberculose e suas manifestações clínicas, contribuindo tanto para a diminuição da mortalidade quanto para o tratamento precoce da doença. Tal realidade é preocupante, tendo em vista que a combinação entre diagnóstico e utilização correta de medicamentos na profilaxia podem ser responsáveis por uma evolução favorável dos casos de tuberculose geniturinária.

Palavras-chave:

Tuberculose geniturinária. Tuberculose extrapulmonar. Trato geniturinário feminino.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença causada pela *Mycobacterium* sp., sendo seus fatores de risco a pobreza, vivência em locais superlotados, falta de acesso a unidades de saúde, ambientes com pouca ventilação, uso de drogas ilícitas, doenças renais e infecção pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV). Essa afeta os indivíduos com sistema imunológico comprometido de forma desproporcional, agredindo quase qualquer órgão do corpo e apresenta uma gama de manifestações que podem representar um desafio diagnóstico para o médico (DJUWANTONO et al., 2017; IGIRANEZA et al., 2017).

A TB, apesar dos grandes avanços nos antibióticos e na vacinação, ainda configura-se um grande problema de saúde mundial, com 10 milhões de pessoas desenvolvendo a doença anualmente e 1,33 milhões de mortes. Cerca de 60% dos casos e mortes por TB ocorrem entre os homens, mas a carga da doença também é elevada entre as mulheres (SHARMA et al., 2018).

O órgão mais acometido é o pulmão, mas existe a tuberculose extrapulmonar (EPTB), que acomete outros órgãos do corpo, como os linfonodos, a pleura, o abdômen, o cérebro, o trato genituri-nário, os ossos e articulações, além das meninges e do peritônio. A TB genital, uma forma de EPTB, apesar de rara nos países desenvolvidos, é uma causa importante de morbidade em mulheres na Índia e em muitos outros países em desenvolvimento, como no Brasil, onde surgem mais de 100.000 novos casos por ano (GRACE et al., 2017; PARVEZ et al., 2017).

A TB genital em mulheres, geralmente acomete a trompa de falópio e pode levar à infertilidade em mulheres na idade reprodutiva, já o envolvimento do colo do útero é mais raro. As características clínicas da doença podem permanecer assintomáticas ou causar dores pélvicas, febre, distúrbios menstruais e corrimento vaginal (KUMARI et al., 2018).

É importante salientar que, por se tratar de uma patologia crônica, a bactéria pode permanecer por um longo período e aos poucos destruir os órgãos, chegando até eles por via hematogênica, linfática, diretamente de outros órgãos ou até mesmo por transmissão sexual através de sêmen contaminado por TB geniturinária ativa. Em alguns casos, pode haver acúmulo de líquido no abdômen e grandes massas cheias de pus podem se formar nas trompas ou nos ovários, quando muito avançados (PARVEZ et al., 2017; SHARMA et al., 2018).

A tuberculose genital feminina (FGTB) está aumentando entre as mulheres ao redor do mundo, entretanto, sua detecção precoce e combinação e dosagem correta de medicamentos podem reduzir os danos e a futura infertilidade. Dessa forma, o objetivo do presente estudo é relatar o caso de uma paciente do sexo feminino com diagnóstico inicial de infecção do trato urinário de repetição que acabou se mostrando, com a evolução dos sinais e sintomas, como tuberculose geniturinária (GRACE et al., 2017; SHARMA et al., 2018).

RELATO DO CASO

Anamnese

Paciente do sexo feminino, 21 anos, previamente hígida, procurou o serviço de urologia com relato de disúria terminal intensa, polaciúria, urgência miccional e hematúria leve intermitente. Paciente refere início dos sintomas há um ano, já tendo procurado assistência médica diversas vezes e realizado tratamentos prévios para infecção de urina de repetição, bexiga hiperativa e cistite intersticial, sem melhora com tratamentos prévios.

Exame físico

Ao examiná-la, demonstrou bom estado geral, apresentou dor à palpação profunda de hipogástrico, sem sinais de irritação peritoneal. Ao exame ginecológico, a vagina apresentou-se eutrófica e com paredes discretamente hiperemiadas.

Exame complementar

Paciente apresentou exames complementares: ultrassom dos rins e vias urinárias sem alterações, tomografia de abdômen dentro da normalidade, exame de urina apresentando leucocitúria (50.000 leucócitos por mililitro de urina), hematúria (15.000 hemácias por mililitro de urina), esterase leucocitária positiva e urocultura negativo.

Hipótese diagnóstica

Feita a hipótese diagnóstica de infecção do trato urinário (ITU) de repetição, cistite intersticial, lesão intravesical e tuberculose urinária.

Conduta

Foi solicitado à paciente: cistoscopia que evidenciou cistite moderada, pequenos focos hemorrágicos e pequenas lesões ulcerosas rasas; biópsia de bexiga que mostrou cistite crônica erosiva; pesquisa de Baar na urina que teve resultado positivo; e reação de cadeia polimerase (PCR) que revelou-se positiva para tuberculose.

Tratamento

Após o diagnóstico de tuberculose urinária feito, procedido investigação para tuberculose pulmonar e pesquisa de imunodeficiências. Os exames mostraram-se sem evidência para TB pulmonar e sem quadro de imunodeficiências. Realizado tratamento preconizado para tuberculose urogenital com rifampicina, isoniazida, etambutol, pirasinamida por 2 meses (fase intensa) e depois, por 4 meses, foi feita a fase de manutenção com rifampicina e isoniazida.

Evolução

Paciente, com um mês de tratamento, apresentou melhora da hematúria e da polaciúria. Com 2 meses de tratamento, houve melhora completa com resolução da urgência e da disúria.

DISCUSSÃO

A tuberculose é uma doença infecciosa com alta morbimortalidade, principalmente em países subdesenvolvidos (GONÇALVES; GUERREIRO; JANEIRO, 2019). A Organização Mundial de Saúde estima que mais de 10 milhões de pessoas desenvolveram tuberculose em 2017: 90% eram adultos e 58% dos 10 milhões de pessoas eram homens (WHO, 2016).

A tuberculose extrapulmonar (EPTB) é prevalente em todo o mundo, mas a incidência exata é difícil de determinar, pois é frequentemente diagnosticada incorretamente ou subdiagnosticada por médicos porque mimetiza muitas outras condições. Geralmente resulta da disseminação de infecção após a inalação dos bacilos nos pulmões e pode afetar qualquer outro órgão do corpo com uma ampla variedade de manifestações (ZUMLA et al., 2013).

De todos os casos de tuberculose geniturinária, mais de 90% ocorrem em países em desenvolvimento (GONÇALVES; GUERREIRO; JANEIRO, 2019).

Essa doença usualmente resulta da disseminação hematogênica dos pulmões, pela reativação da doença latente. Comumente, há um período de latência de 5 a 40 anos entre a infecção sintomática ou assintomática inicial e a tuberculose nos tratos genitais e urinários (GONÇALVES; GUERREIRO; JANEIRO, 2019).

A infecção renal é lentamente progressiva, assintomática e altamente destrutiva, com casos de exclusão renal unilateral no diagnóstico (GONÇALVES; GUERREIRO; JANEIRO, 2019). Assim, as tuberculoses ureteral e vesical são secundárias à infecção descendente pelo sistema coletor. Na tuberculose ureteral, múltiplas estenoses desenvolvem-se ao longo do ureter, com predominância de estreitamentos anatômicos, como a junção vesicoureteral e, em menor extensão, a junção ureterorrenal e o midureter (CARL; STARK, 1997).

O quadro clínico varia de sintomas irritativos leves a sintomas de cistite intensa compatível com o caso estudado. O diagnóstico laboratorial é o mesmo da Tbc reno-ureteral. Uretrocistografia para pacientes com sintomas obstrutivos e/ou irritativos pode revelar estenose uretral (rara pela Tbc) bexiga de pequena capacidade. Cistoscopia pode ser realizada para afastar diagnóstico de neoplasia vesical ou de cistite intersticial. Nesse caso, pode ser feita cultura da biópsia vesical (sensibilidade de 46%). Tratamento clínico faz-se com esquema tríplice por seis meses, e no quadro de cistite aguda grave pode ser associada a estreptomicina e corticosteroide nas primeiras quatro semanas. Em pacientes com diminuição da capacidade vesical, pode ser realizada ampliação vesical com segmentos intestinais desde que o paciente não seja psiquiátrico (pode ser necessário cateterismo) e não tenha enurese ou urgi-incontinência. Nesses casos, derivação urinária externa é a melhor solução (VERNDL; GLINA, 2010).

No caso relatado, o diagnóstico de tuberculose foi dificultado, uma vez que muitos exames não revelaram achados típicos da tuberculose, como na biópsia, na qual não teve a presença de células

gigantes do tipo Langhans ou necrose caseosa, alterações muito comuns em TB. Após o diagnóstico de tuberculose confirmado, foi realizada a investigação para tuberculose pulmonar e pesquisa de imunodeficiências (exames negativos).

CONCLUSÃO

É evidenciado o fato da TB geniturinária, tipo de TB Extrapulmonar, poder apresentar sinais e sintomas semelhantes a outras doenças, como cistite no caso estudado, fato que dificulta seu reconhecimento. Tal realidade é preocupante, tendo em vista que a combinação entre diagnóstico e utilização correta de medicamentos na profilaxia pode ser responsável por evolução favorável dos casos de tuberculose geniturinária. Isso foi comprovado na paciente analisada, que apresentou resposta satisfatória ao tratamento e a inexistência de sequelas.

Desse modo, é evidente que frequentemente casos de tuberculose extrapulmonar são diagnosticados incorretamente ou subdiagnosticados por médicos. Assim, é imprescindível que esses profissionais sempre busquem conhecer e, principalmente, saber reconhecer as manifestações clínicas da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGELINE, G. G.; BELLA, D. D.; NATRAJAN, M. Genital tuberculosis in females. **Indian Journal of Medical Research**. v.145, p. 425-436, 2017.

BHAGWAN, J. S. et al. Female genital tuberculosis: Revisited. **Indian Journal of Medical Research**, v.148, p.71-83, 2018.

CARL, P.; STARK, L. Indications for surgical management of genitourinary tuberculosis. **World J. Surg.** p. 505-10, 1997.

DJUWANTONO, T. et al. Female genital tuberculosis and infertility: serial cases report in Bandung, Indonesia and literature review. **BMC Res Notes**, v.10, p.683, 2017.

GONÇALVES, I.; GUERREIRO, L.; JANEIRO, M. Tuberculose vulvar: uma manifestação rara da doença. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 41, n. 9, p. 575-78, 2019.

GRACE, A. G.; BELLA D. D.; NATRAJAN, M. Genital tuberculosis in females. **Indian Journal of Medical Research**, v.145, p.425-36, 2017.

IGIRANEZA, G. et al. Obstructive uropathy as initial presentation of genitourinary tuberculosis and masquerading as a postsurgical complication. **BMJ Case report**, p.1-4, 2017.

KUMARI, R. et al. Tuberculosis of the cervix: An uncommon cause of vaginal discharge in a post-menopausal woman. **The National Medical Journal of India**. v.31, p.149-50, 2018.

PARVEZ, R. et al. Prevalence of female genital tuberculosis, its risk factors and associated clinical features among the women of Andaman Islands, India: a community- based study. **Public Health**. v. 148, p. 56-62, 2017.

- SHARMA, J.B. Female genital tuberculosis: Revisited. **Indian Journal of Medical Research**. v. 148, p. 71-83, 2018.
- VERNDL, D. O.; GLINA, S. Tuberculose Geniturinária. **Urologia Fundamental**. cap. 33, p. 295, 2010.
- ZUMLA, A. et al. Tuberculosis. **The New England Journal of Medicine**. v. 368, p. 745-55, 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report**. Suíça, 2016.