



INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA EM IMUNOSSUPRIMIDO PELO HIV CO- INFECTADO POR TUBERCULOSE UROGENITAL: UM ESTUDO DE CASO

PRIMARY ADRENAL INSUFFICIENCY IN HIV-IMMUNOSUPPRESSED PATIENTS CO-INFECTED WITH UROGENITAL TUBERCULOSIS: A CASE STUDY

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL PRIMARIA EN INMUNOSUPRIDOS POR VIH COINFECTADOS CON TUBERCULOSIS UROGENITAL: UN ESTUDIO DE CASO

Arimatéia Portela de Azevedo¹, Adriano Rodrigues Vitoriano², Daniel Brendon Melo Henriques Seabra³, Hercules Moraes de Mattos¹, Christianni Di Lorenzo¹, Kátia Suellen Silva Maciel⁴, Luara Rodrigues Dantas¹, Luisa Salomão Barauna Bento¹, Camila Marcele Araújo Rodrigues Batista¹, Elizete Martins Campos¹

e5115974

<https://doi.org/10.47820/recima21.v5i11.5974>

PUBLICADO: 11/2024

RESUMO

A tuberculose das adrenais associa-se frequentemente com outros focos da infecção, principalmente com as formas pulmonar e geniturinária e, raramente é manifestação isolada da doença. Objetivo: Descrever um estudo de caso com uma paciente portadora do vírus do HIV com insuficiência adrenal e tuberculose em trato urinário. Metodologia: Tratou-se de um levantamento de informações secundárias existentes no prontuário eletrônico de uma paciente imunossuprimida pelo vírus do HIV que deu entrada com dor abdominal importante, náuseas, disúria e hipertermia. Estudo de caso: Sexo feminino, diagnóstico recente de HIV, referindo dor abdominal em hipocôndrio direito associada a náuseas, vômitos com conteúdo de cor esverdeado, síndrome febril, icterícia, infecção do trato urinário recorrente, tosse secretiva hialina. Status imunológico com carga viral acima do limite máximo e CD4 58. Em virtude de o resultado laboratorial ter vindo com indicação de insuficiência adrenal, por meio teste de estimulação com hormônio adrenocorticoide-ACTH, foi solicitado BAAR na urina, o qual veio com resultado positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Iniciado esquema de tratamento para tuberculose. Paciente refere melhora considerável logo nos primeiros dias de tratamento com o esquema terapêutico. Conclusão: o Bacilo de Koch entra no organismo humano por meio do trato respiratório e chega nos pulmões ou em qualquer órgão do corpo humano, inclusive no trato urogenital. O tratamento precoce, que inclui evitar contato próximo e prolongado a alguém que está infectado, ainda é a melhor forma de quebra de cadeia de transmissão do *Mycobacterium tuberculosis*.

PALAVRAS-CHAVE: Infectologia. *Mycobacterium tuberculosis*. Doenças transmissíveis.

ABSTRACT

*Adrenal tuberculosis is frequently associated with other foci of infection, especially with the pulmonary and genitourinary forms, and is rarely an isolated manifestation of the disease. Objective: To describe a case study of an HIV-positive patient with adrenal insufficiency and tuberculosis in the urinary tract. Methodology: This was a survey of secondary information in the electronic medical records of a patient immunosuppressed by the HIV virus who was admitted with severe abdominal pain, nausea, dysuria, and hyperthermia. Case study: Female, recent diagnosis of HIV, reporting abdominal pain in the right hypochondrium associated with nausea, vomiting with greenish content, febrile syndrome, jaundice, recurrent urinary tract infection, hyaline secretive cough. Immune status with viral load above the maximum limit and CD4 58. Because the laboratory result was indicated for adrenal insufficiency, by means of an adrenocorticoid hormone-ACTH stimulation test, AFB was requested in the urine, which was positive for *Mycobacterium tuberculosis*. Treatment regimen for tuberculosis was initiated. The patient reported considerable improvement in the first days of treatment with the therapeutic regimen. Conclusion: Koch's Bacillus enters the human body through the respiratory tract*

¹ Discente do curso de Medicina do Centro Universitário Fametro.

² Enfermeiro Mestre – Assistencial na Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado. Professor do curso de enfermagem na Universidade Nilton Lins.

³ Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas-UFAM.

⁴ Discente do curso de enfermagem no Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA EM IMUNOSSUPRIMIDO PELO HIV CO- INFECTADO
POR TUBERCULOSE UROGENITAL: UM ESTUDO DE CASO
Arimatéia Portela de Azevedo, Adriano Rodrigues Vitoriano, Daniel Brendon Melo Henriques Seabra,
Hercules Moraes de Mattos, Christianni Di Lorenzo, Kátia Suellen Silva Maciel, Luara Rodrigues Dantas,
Luisa Salomão Barauna Bento, Camila Marcelle Araújo Rodrigues Batista, Elizete Martins Campos

and reaches the lungs or any organ of the human body, including the urogenital tract. Early treatment, which includes avoiding close and prolonged contact with someone who is infected, is still the best way to break the chain of transmission of Mycobacterium tuberculosis.

KEYWORDS: *Infectious diseases. Mycobacterium tuberculosis. Communicable diseases.*

RESUMEN

La tuberculosis suprarrenal se asocia frecuentemente con otros focos de infección, especialmente con las formas pulmonar y genitourinaria, y rara vez es una manifestación aislada de la enfermedad. Objetivo: Describir un estudio de caso de un paciente VIH positivo con insuficiencia suprarrenal y tuberculosis en el tracto urinario. Metodología: Se realizó un relevamiento de información secundaria en las historias clínicas electrónicas de un paciente inmunosuprimido por el virus VIH que ingresó con dolor abdominal intenso, náuseas, disuria e hipertermia. Estudio de caso: Mujer, diagnóstico reciente de VIH, que refiere dolor abdominal en hipocondrio derecho asociado a náuseas, vómitos con contenido verdoso, síndrome febril, ictericia, infección urinaria recurrente, tos hialina secreta. Estado inmunitario con carga viral por encima del límite máximo y CD4 58. Debido a que el resultado de laboratorio estaba indicado para insuficiencia suprarrenal, mediante una prueba de estimulación con hormona adrenocorticoides-ACTH, se solicitó AFB en orina, que fue positiva para Mycobacterium tuberculosis. Se inició un régimen de tratamiento para la tuberculosis. El paciente refirió una mejoría considerable en los primeros días de tratamiento con la pauta terapéutica. Conclusión: El bacilo de Koch ingresa al cuerpo humano a través de las vías respiratorias y llega a los pulmones o a cualquier órgano del cuerpo humano, incluido el tracto urogenital. El tratamiento temprano, que incluye evitar el contacto cercano y prolongado con alguien infectado, sigue siendo la mejor manera de romper la cadena de transmisión de Mycobacterium tuberculosis.

PALABRAS CLAVE: *Infectología. Micobacteria tuberculosis. Enfermedades transmisibles.*

INTRODUÇÃO

Cerca de 37 milhões de pessoas no mundo, sendo 966 mil no Brasil, em particular, convivem com o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS). A doença teve seus primeiros registros no início da década de 1980¹.

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), retrovírus, aumenta cotidianamente, levando em consideração que muitos indivíduos que são contaminados pelo agente patogênico, não desenvolvem a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), sendo que, isso dependerá da defesa de cada um. Ressalta-se que esse vírus, atinge o sistema imunológico, tendo como tropismo os linfócitos T CD4+².

Já a insuficiência adrenal pode ser causada por uma reação autoimune, câncer, infecção ou alguma outra doença. A pessoa com insuficiência adrenal sente astenia, cansaço e tontura ao se levantar depois de ter ficado sentada ou deitada e pode apresentar manchas escuras na pele. Enfatiza-se que é notório o impacto do HIV sobre as complicações envolvendo o sistema imunológico, porém não obstante, outros distúrbios têm sido observados em pacientes infectados com o HIV, como desordens no sistema endócrino³.

Os sintomas associados à insuficiência adrenal persistem em fases avançadas da infecção pelo HIV, indicando um estado de resistência aos glicocorticóides, mesmo quando os teores de



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA EM IMUNOSSUPRIMIDO PELO HIV CO- INFECTADO
POR TUBERCULOSE UROGENITAL: UM ESTUDO DE CASO
Arimatéia Portela de Azevedo, Adriano Rodrigues Vitoriano, Daniel Brendon Melo Henriques Seabra,
Hercules Moraes de Mattos, Christianni Di Lorenzo, Kátia Suellen Silva Maciel, Luara Rodrigues Dantas,
Luisa Salomão Barauna Bento, Camila Marcelle Araújo Rodrigues Batista, Elizete Martins Campos

cortisol e ACTH se encontram em patamares elevados. O ACTH estimula o córtex da adrenal a liberar o cortisol⁴.

As infecções oportunistas ainda são a principal causa de internação e morte nos pacientes que contraíram HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). Isso ocorre em virtude da imunossupressão causada pela gradativa destruição do sistema imunológico, podendo ser muito grave e até mesmo fatal. No entanto, a busca pelo serviço de saúde para diagnóstico e tratamento da síndrome pelos pacientes acontece de forma tardia, assim o indivíduo costuma apresentar quadro clínico comprometido e a suscetibilidade ao surgimento das doenças oportunistas⁵.

A tuberculose extrapulmonar é uma das infecções oportunistas muito comuns entre pacientes imunossuprimidos pelo HIV. Define-se como tuberculose extrapulmonar (TBEP) a presença desta enfermidade sistêmica em qualquer órgão do organismo, exceto os pulmões. Ainda, em algumas situações, pode a tuberculose extrapulmonar ocorrer no sistema geniturinário, osteo-articular, gastrointestinal, peritoneal e no pericárdio⁶.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma pandemia incurável, tornando o indivíduo susceptível ao aparecimento de doenças oportunistas. A introdução da terapia antirretroviral altamente ativa (TARV) aumentou a qualidade e o tempo de sobrevivência dos pacientes⁷.

A adesão à terapia antirretroviral (TARV) é fundamental para obter o controle da infecção por HIV evitando complicações clínicas e o desenvolvimento de cepas de HIV resistentes. Vários municípios brasileiros estão comprometidos com a meta 90-90-90, que prevê que 90% dos casos de HIV/aids sejam diagnosticados, que 90% destes estejam em tratamento e, destes, 90% alcancem a supressão viral⁸.

Portanto, mediante tudo o que foi referenciado acima, enfatiza-se que o objetivo principal deste estudo foi realizar um estudo de caso com um paciente portador do vírus do HIV, com insuficiência adrenal e tuberculose em trato urinário.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um levantamento de informações secundárias existentes no prontuário eletrônico de uma paciente imunossuprimida pelo vírus do HIV que deu entrada com dor abdominal importante, náuseas, hipertermia e disúria. A pesquisa só teve início após a apreciação ética como determina a 466/12 e suas complementares. O local onde ocorreu o estudo é um hospital terciário, referência em doenças infectocontagiosas no Amazonas que tem suas ações voltadas ao diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas e parasitárias, com características endêmicas, emergentes e re emergentes na região.

ESTUDO DE CASO

Paciente, sexo feminino, convivendo com o vírus do HIV, tendo diagnóstico recente, mas já em tratamento com antiretroviral, obesidade grau IV, deu entrada com sintomas de dor abdominal em



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA EM IMUNOSSUPRIMIDO PELO HIV CO- INFECTADO
POR TUBERCULOSE UROGENITAL: UM ESTUDO DE CASO
Arimatéia Portela de Azevedo, Adriano Rodrigues Vitoriano, Daniel Brendon Melo Henriques Seabra,
Hercules Moraes de Mattos, Christianni Di Lorenzo, Kátia Suellen Silva Maciel, Luara Rodrigues Dantas,
Lúcia Salomão Barauna Bento, Camila Marcelle Araújo Rodrigues Batista, Elizete Martins Campos

barra com maior intensidade em hipocôndrio direito- HD associada a náuseas, vômitos incontáveis com conteúdo de cor esverdeada, síndrome febril, icterícia e infecção do trato urinário-ITU recorrente. Refere, ainda, tosse secretiva hialina. Foi solicitado tomografia computadorizada-TC de abdome total, onde a descrição do laudo enfatizou presença de litíase renal à direita, solicitado urocultura e hemocultura. Foi internada por uma semana, recebendo alta e após dois dias retornando com os mesmos sintomas. Fazia uso de Ceftriaxona 2gr em regime de Hospital/ Dia. Até o último dia de Ceftriaxona (D7), sem melhora do quadro. Obesidade grau IV, hipertensão arterial sistêmica-HAS (tratamento irregular com Losartana 50mg), só toma quando sente pressão arterial alta. Casada há 22 anos, tem como profissão ser cozinheira.

Paciente relata que não realiza acompanhamento regular com ginecologista e alerta que notou irregularidade menstrual em março, com atraso do ciclo em 4 meses. Informa que possui fluxo abundante, com troca de 4 a 5 absorventes noturnos diariamente. Nega corrimentos vaginal (leucorréia). É etilista social de fermentados, tabagismo com consumo de cerca de meio maço/dia (não sabe referir início), nega uso de drogas ilícitas. Pai hipertenso e portador de diabetes Mellitus, irmão faleceu de câncer-CA de estômago. Relata internação anterior para tratamento de varizes em membros inferiores-MMII, nega alergias.

Em virtude da dor abdominal importante, foi avaliada pelo cirurgião geral o qual informou que a paciente não tinha conduta cirúrgica de urgência por não haver evidências de colescistite, pancreatite ou colangite. Bom estado geral-BEG, lúcida e orientada no tempo e espaço-LOTE, afebril no momento, acianótica, anictérica, eupneica, ausência de linfonodomegalias. Abdome pendular, flácido, doloroso à palpação profunda em epigástrico e hipocôndrio direito, sem sinal de irritação peritoneal, ruídos hidroaéreo presentes.

Notada a ausência de tremores e outros movimentos involuntários. Reflexos positivos (++/ normorreflexia). Força muscular em membros superiores e inferiores direito e esquerdo Grau 5. Refere lombalgia (tem litíase renal com internação recente), febre, náusea, êmese e astenia, colúria e odor forte em urina. Deambulando sem auxílio. Punho percussão dolorosa, mas giordano negativo.

Exames laboratorial mostrando *Status* imunológico com carga viral-CV acima do limite máximo (Carga viral entre 100 000 e 1 milhão de cópias = considerada alta e Abaixo de 10 000 baixa). Já os linfócitos T CD4+, que são células do sistema imune que são parasitados pelo HIV quando o paciente não está sendo tratado, os valores normais de CD4+ costumam ficar entre 500 e 1500 células por mm³, nesse paciente do estudo o valor estava em CD4 58.

Também em virtude do resultado laboratorial, por meio do teste sanguíneo (teste de estimulação com hormônio adrenocorticoide-ACTH) ter vindo com indicação de insuficiência adrenal, foi realizado exame de coloração para bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR). Detectado a presença do *Mycobacterium tuberculosis* na urina (fechado diagnóstico de tuberculose genitourinário). Iniciado esquema de tratamento para tuberculose.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA EM IMUNOSSUPRIMIDO PELO HIV CO- INFECTADO
POR TUBERCULOSE UROGENITAL: UM ESTUDO DE CASO
Arimatéia Portela de Azevedo, Adriano Rodrigues Vitoriano, Daniel Brendon Melo Henriques Seabra,
Hercules Moraes de Mattos, Christianni Di Lorenzo, Kátia Suellen Silva Maciel, Luara Rodrigues Dantas,
Luísa Salomão Barauna Bento, Camila Marcelle Araújo Rodrigues Batista, Elizete Martins Campos

Paciente refere melhora considerável logo nos primeiros dias de tratamento com o esquema terapêutico para tuberculose (COXIP: Rifampicina 150mg + Etambutol 275mg + Isoniazida 75mg + Pirazinamida 400mg) - 5comp – via oral-VO. Com o início do tratamento, a transmissão tendeu a diminuir gradativamente. Mesmo o tratamento da tuberculose ter em seu bojo efeitos colaterais esperados, como a alteração da coloração de urina, intolerância gástrica, alterações cutâneas, icterícia e dores articulares, a paciente não referiu nenhum desconforto.

Em dia subsequente, paciente sentada em leito, sem acompanhante, lúcida e orientada, colaborativa e responsiva. Sem dificuldade na deambulação. Eupneica em ar ambiente. Contudo, ainda relata sono não reparador devido náuseas e três episódios de êmese que associou ao suco de frutas que ingeriu. Refere que a dor abdominal persistiu por muitas horas, porém depois dos episódios de êmese houve melhora considerável. Foi administrado antitérmico durante a noite para melhora de febre (não aferida). Informa melhora da tosse e o apetite está preservado. Micção preservada, mas ainda com persistência da colúria e odor fétido (segundo a paciente). Nega disúria ou diarreia. Refere está constipada há mais ou mesmo três dias.

Nos dias seguintes, paciente deitada no leito, bom estado geral, comunicativa e colaborativa, acompanhada da filha. Relata persistência da dor intensa em andar superior do abdôme e febre. Relata boa aceitação da dieta oral (hipossódica), urinando normalmente, porém sem evacuar desde a internação. Às 21h desse mesmo dia apresentou novamente quadro de náuseas e vômito, tendo melhora após exteriorização do conteúdo gástrico. Horas depois apresentou outro novo quadro de náuseas e exacerbação do quadro álgico, que novamente melhorou apenas após a êmese. Pela manhã apresentou novo quadro de náusea, porém melhorou após uso de medicação.

Dois dias depois não apresenta mais queixas, nega episódios álgicos e febre. Relata diurese preservada, mas ainda refere não está evacuando, aceita bem dieta oral. Paciente relatou que durante a noite anterior apresentou episódio de cefaleia de forte intensidade de localização frontal e bilateral e que o episódio foi acompanhado de febre (37,8°C) e náuseas com 1 episódio de vômito. Diante disso, foi realizada administração endovenosa de analgésico (dipirona) e cloridrato de ondansetrona, após isso a paciente referiu resolução dos sintomas. Paciente afirma diurese preservada e ter conseguido evacuar após a realização de clister glicerinado. Parecer oftalmologista indica fundo de olho normal em ambos os olhos.

O parecer da psicologia indica paciente receptiva a abordagem psicológica e de outros profissionais. Com memória, consciência e linguagem preservada e com discurso organizado. Refere sono reparador, boa aceitação da dieta. Demonstrou sentimentos de esperança, quadro clínico de humor hipotímico.

E o parecer da gastroenterologista enfatiza abdome endurecido em epigástrico, doloroso. Solicitou marcadores hepáticos de autoimunidade, ressonância magnética-RM de abdome superior. Suspeita de colangite biliar primária (causa autoimune), neoplasia de pâncreas, neoplasia gástrica.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA EM IMUNOSSUPRIMIDO PELO HIV CO- INFECTADO
POR TUBERCULOSE UROGENITAL: UM ESTUDO DE CASO
Arimatéia Portela de Azevedo, Adriano Rodrigues Vitoriano, Daniel Brendon Melo Henriques Seabra,
Hercules Moraes de Mattos, Christianni Di Lorenzo, Kátia Suellen Silva Maciel, Luara Rodrigues Dantas,
Lúisa Salomão Barauna Bento, Camila Marcelle Araújo Rodrigues Batista, Elizete Martins Campos

Gasometria apresentando acidose metabólica com alcalose respiratória; hiperlactemia, *anion gape*: normal (9,95), hiponatremia moderada.

Paciente sem queixas, informa sono reparador, funções fisiológicas preservadas, deambula sem auxílio, expressão facial de alegria, recebe alta hospitalar por melhora do quadro. Dará continuidade do tratamento para tuberculose na residência com agendamento ambulatorial mensal.

Quadro 01: perfil social da participante do estudo

Variáveis	Status
Paciente portadora de HIV/Aids	Sim (diagnostico recente)
Família ciente do diagnostico	Sim
Expressa apoio	Sim
Paciente tem boa adesão ao tratamento	Sim
Procedência	Bairro periférico da capital do estado
Reinternação	Sim
Orientação sexual	Eterossexual
Acompanhada	Sim (Esposo e filha)
Grupo familiar	3 pessoas
Tipo de família	Nuclear
Recebe auxílio social	Bolsa família
Renda mensal	Até dois salários-mínimos
Tipo de habitação	Alvenaria
Saneamento básico	Sim
Grau de instrução	Médio incompleto
Ocupação	Cozinheira
Como chegou ao hospital	Ambulância

Fonte: prontuário eletrônico do paciente (Parecer do Serviço Social)

DISCUSSÃO

As doenças infecciosas, como a Tuberculose Adrenal, são importantes causas de insuficiência adrenal primária, doença rara definida como a deficiência da glândula adrenal na produção hormonal, impactando a regulação do metabolismo e da homeostase hidroeletrolítica. O diagnóstico é desafiador devido às manifestações clínicas inespecíficas e à necessidade de dosagens hormonais que muitas vezes não estão disponíveis em unidades afastadas de grandes centros⁹.

A Insuficiência Adrenal (IA) é um distúrbio que se caracteriza pela perda ou pela redução da função do córtex da glândula adrenal. Estas glândulas produzem hormônios, como glicocorticoides, mineralocorticoides e androgênios, bem como as catecolaminas, que são fundamentais para a manutenção da homeostase humana. A maioria das causas de IA na infância é hereditária, enquanto



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA EM IMUNOSSUPRIMIDO PELO HIV CO- INFECTADO
POR TUBERCULOSE UROGENITAL: UM ESTUDO DE CASO
Arimatéia Portela de Azevedo, Adriano Rodrigues Vitoriano, Daniel Brendon Melo Henriques Seabra,
Hercules Moraes de Mattos, Christianni Di Lorenzo, Kátia Suellen Silva Maciel, Luara Rodrigues Dantas,
Lúisa Salomão Barauna Bento, Camila Marcelle Araújo Rodrigues Batista, Elizete Martins Campos

na idade adulta as etiologias mais comuns são a doença de Addison, doenças autoimunes, distúrbios infiltrativos/metástases, hemorragia e doenças infecciosas¹⁰.

Ainda é elevada a incidência de casos de tuberculose extrapulmonar, mesmo com a implementação da vacina BCG. Apesar de ser mais frequente nos pulmões (tuberculose pulmonar), também atinge outros órgãos através da corrente sanguínea, o que se denomina de tuberculose extrapulmonar (TBEP). A doença pode afetar gânglios, ossos, articulações, fígado, baço, pele e sistema nervoso central¹¹.

A Tuberculose Urogenital (TUG) tem um acometimento sequencial do trato urinário e pelo diagnóstico difícil e tardio, pode resultar em destruição do trato urogenital e até insuficiência renal terminal. Apesar de ser uma doença rara, pode ocorrer em 30 a 40% dos casos de tuberculose extrapulmonar. Dessa forma, conhecer fatores de riscos clínicos e laboratoriais podem contribuir para o diagnóstico precoce e redução das formas graves dessa doença¹².

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 ano¹³.

O diagnóstico da TUG apresenta-se como um enigma clínico, muitas vezes desafiando os profissionais da saúde a identificá-la adequadamente. Os sintomas relacionados, como polaciúria, hematúria e dor no flanco, são inespecíficos, dificultando o diagnóstico precoce. Além disso, estudos mostram que a tuberculose urinária pode envolver somente o rim ou trato urinário (ureter e/ou bexiga), o que amplia a complexidade dos achados radiográficos¹⁴.

Das formas extrapulmonares, a tuberculose urogenital corresponde uma das principais apresentações. O diagnóstico e tratamento tardio podem causar danos irreversíveis. A tuberculose urogenital é uma apresentação extrapulmonar importante, com sintomas inespecíficos e de difícil diagnóstico. Devemos considerar essa etiologia como diagnóstico diferencial na apresentação de leucocitúria com urocultura negativa e infecções bacterianas urinárias de repetição. É possível realizar o diagnóstico através da pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes com coloração de Ziehl-Nielsen¹⁴.

CONCLUSÃO

Esse estudo evidenciou uma paciente com sinais inespecíficos de tuberculose do trato urinário. Os achados laboratoriais indicativos de insuficiência adrenal fizeram com que a equipe sugerisse infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* na urina. Sabe-se que a tuberculose urogenital (TBUG) é a doença que acomete os aparelhos urinário e/ou genital, cujo diagnóstico é difícil e, muitas vezes, tardio, uma vez que o tempo de latência entre a primo infecção e as manifestações clínicas da doença. Também as doenças infecciosas, como a Tuberculose Adrenal, são importantes causas de insuficiência adrenal primária, doença rara definida como a falência da glândula adrenal na produção hormonal, impactando a regulação do metabolismo e homeostase hidroeletrólítica. As



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA EM IMUNOSSUPRIMIDO PELO HIV CO- INFECTADO
POR TUBERCULOSE UROGENITAL: UM ESTUDO DE CASO
Arimatéia Portela de Azevedo, Adriano Rodrigues Vitoriano, Daniel Brendon Melo Henriques Seabra,
Hercules Moraes de Mattos, Christianni Di Lorenzo, Kátia Suellen Silva Maciel, Luara Rodrigues Dantas,
Luísa Salomão Barauna Bento, Camila Marcelle Araújo Rodrigues Batista, Elizete Martins Campos

glândulas adrenais ou suprarrenais são duas glândulas endócrinas situadas crânio-medialmente aos rins. Elas respondem ao *stress* por meio da síntese e liberação de corticosteróides, como o cortisol, e de catecolaminas, como a adrenalina, a noradrenalina e a dopamina. Como o bacilo de Koch adentra ao organismo humano pelas vias aéreas, portanto, se pega a tuberculose urogenital através do contato próximo com pessoas infectadas, principalmente por meio de partículas de aerossol liberadas no ar, como em casos de tosses e espirros. A medida mais eficiente para quebra de transmissão desses microrganismos, ainda é o uso de EPI's, quando em assistência ou durante a permanência prolongada ao lado de pacientes infectados.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes I, et al. Revisão sistematizada da literatura científica nacional acerca da história do HIV/AIDS. Revista Brasileira de Sexualidade Humana. 2021;32(1). https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/916
2. Ferreira TC, et al. Insuficiência adrenal como manifestação inicial de linfoma não hodgkin difuso de grandes células B: Relato de caso. Hematology, Transfusion and Cell Therapy. 2024;46:S278-S279. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2531137924008009>
3. Moore G, et al. Uma visão geral sobre o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e suas possíveis alterações endócrinas no organismo do paciente. Brazilian Journal of Health Review. 2024;7(1):723-734. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/66257>
4. De Souza Vêras J, et al. Doenças Oportunistas em portadores de HIV/AIDS e cuidados da Equipe de Saúde/Opportunist Diseases in HIV/AIDS Careers and Care of the Health Team. ID on line. Revista de psicologia. 2020;14(50):1349-1361. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2543>
5. Santos JGN, et al. Doenças Oportunistas Relacionadas à AIDS: Evidências para Pernambuco (2008 a 2018). [Dissertação de Mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2021. <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/43657>
6. Lima ACC, et al. TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR. Guia prático: clínica médica. Paraná: Editora Pasteur; 2024. p. 286-294. <https://sistema.editorapasteur.com.br/>
7. Da Silva AAA, et al. Prevalência de má nutrição e doenças oportunistas em pacientes HIV/AIDS internados em um hospital referência em Porto Velho–Rondônia. Saber Científico (1982-792X). 2021;4(1):58-64. Disponível em: <https://periodicos.saolucas.edu.br/index.php/resc/article/view/1189>
8. Maria MPM, et al. Adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2023;39(1):e00099622. <https://www.scielo.br/j/csp/a/jPhrfmtfSvRFtYkmSX3thgp/>
9. Almeida AF, et al. Importância da análise clínica no diagnóstico de tuberculose adrenal em hospital da amazônia ocidental com recursos laboratoriais escassos. The Brazilian Journal of Infectious Diseases. 2022;26:102626. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867022003130>



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA EM IMUNOSSUPRIMIDO PELO HIV CO- INFECTADO
POR TUBERCULOSE UROGENITAL: UM ESTUDO DE CASO

Arimatéia Portela de Azevedo, Adriano Rodrigues Vitoriano, Daniel Brendon Melo Henriques Seabra,
Hercules Moraes de Mattos, Christianni Di Lorenzo, Kátia Suellen Silva Maciel, Luara Rodrigues Dantas,
Luísa Salomão Barauna Bento, Camila Marcelle Araújo Rodrigues Batista, Elizete Martins Campos

10. Nascimento FH, et al. Insuficiência adrenal-aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico. Brazilian Journal of Development. 2023;9(1):3165-3174. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/56352/41393>
11. Oliva HNP, et al. Incidência de tuberculose extrapulmonar. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica. 2019;17(2):63-65. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/608>
12. Ramos BD, et al. Tuberculose urogenital: quando pensar?. Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde. 2023;11-11. <https://revistaremece.com.br/index.php/remecs/article/view/1347/1362>
13. De Alencar Faria I, et al. Tuberculose Vesical: um relato de caso. Revista Educação em Saúde. 2023;8:187-192. Disponível em: <file:///C:/Users/33822280259/Downloads/resusaude,+Editor+da+revista,+4971.pdf>
14. Costa, ACR, et al. Tuberculose renal: Relato de caso. Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research. 2020;30(3). https://digitalposter.com.br/infectologia-paulista/anexo/630_EP-434.pdf