

LESÃO ULCERADA DO CEGO

Como Forma de Apresentação de Tuberculose Digestiva

Ana Isabel LOUREIRO, Cláudia Sofia PINTO, Ana Isabel OLIVEIRA,
Fernando CALVÁRIO, Aurora CARVALHO, Raquel DUARTE

RESUMO

Nos últimos anos houve um aumento do número de casos de tuberculose intestinal principalmente devido à epidemia da síndrome de imunodeficiência adquirida. As suas manifestações clínicas e achados endoscópicos são inespecíficos, tornando o diagnóstico difícil, sendo necessário elevado grau de suspeição.

Os autores apresentam o caso de um indivíduo do sexo masculino, 55 anos, imunocompetente, que recorre ao médico por sintomas constitucionais com dois meses de evolução. Dada a história familiar de neoplasia do cólon, é pedida colonoscopia que mostra lesão ulcerada no cego. A histologia evidenciou granulomas não caseosos e a pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes foi negativa. O estudo seguinte efectuado, com tomografia computadorizada torácica, baciloscopias e broncofibroscopia, permitiu chegar ao diagnóstico de tuberculose pulmonar com atingimento do tracto digestivo. O objectivo da descrição deste caso é salientar a importância do diagnóstico diferencial com outras patologias que apresentam manifestações clínicas e alterações endoscópicas similares, assim como o papel da broncofibroscopia no diagnóstico da tuberculose pulmonar em doentes com baciloscopias negativas.

SUMMARY

ULCERATED LESION OF THE CECUM

As a Form of Presentation of Gastrointestinal Tuberculosis

In recent years there has been an increase in the number of cases of intestinal tuberculosis mainly due to the HIV epidemic. Its clinical manifestations and endoscopic findings are nonspecific, making diagnosis difficult, requiring high degree of suspicion. The authors present the case of a man, 55 years old, immunocompetent, who goes to the doctor due to constitutional symptoms after two months of evolution. Given the family history of colon cancer, colonoscopy is sought, showing an ulcerated lesion at the blind. Histology showed non-caseating granulomas and for AFB was negative. The following study carried out with TC chest, sputum and bronchoscopy, has lead to the diagnosis of pulmonary tuberculosis with achievement of the digestive tract. The purpose of this case history is to emphasize the importance of differential diagnosis with other pathologies with similar clinical symptoms and endoscopic changes, and the role of bronchoscopy in diagnosis of pulmonary tuberculosis in patients with negative smear.

A.I.L., C.S.P., A.A., F.C., A.C.,
R.D.: Centro Diagnóstico Pneumológico de Vila Nova de Gaia.
Gaia

© 2011 CELOM

INTRODUÇÃO

A Tuberculose permanece um importante problema de Saúde Pública, causando a morte de cerca de três milhões de pessoas/ano a nível mundial¹. O tracto gastrointestinal é um dos locais extra-pulmonares atingidos.

A tuberculose intestinal era frequente no início do séc. XX. As autópsias realizadas na altura mostravam que cerca de 55-90% dos doentes falecidos por tuberculose pulmonar tinham envolvimento intestinal. Em meados do séc. XX, com a introdução da terapêutica antibacilar, a incidência de casos de tuberculose diminuiu². No entanto, nos últimos anos a tuberculose intestinal ressurgiu nos países desenvolvidos, devido à epidemia do HIV, ao aumento da imigração e do número de indivíduos imunodeprimidos³. O *M. tuberculosis* (*Mt*) pode atingir qualquer parte do tracto gastrointestinal, tendo maior afinidade pela região ileocecal, sendo esta a zona mais atingida, por ser uma zona de maior estase e rica em tecido linfóide. O microorganismo penetra na mucosa, alojando-se posteriormente na submucosa onde se inicia a reacção inflamatória. As manifestações clínicas são inespecíficas, podendo surgir dor abdominal (80-90% dos casos), anorexia, fadiga, febre, suores nocturnos, emagrecimento, diarreia, obstipação e uma massa no quadrante inferior direito. Os achados radiológicos são igualmente inespecíficos. A colonoscopia tem um papel fundamental para o diagnóstico, no entanto pode mostrar várias lesões (nódulos, estreitamentos, massas ou úlceras) comuns a outras patologias digestivas, nomeadamente à doença maligna e Doença de Crohn.

Devido à possibilidade de diversas formas de apresentação clínica, achados endoscópicos inespecíficos e à dificuldade de isolamento do *Mt* nas biopsias, a tuberculose abdominal é a grande simuladora, sendo o diagnóstico diferencial difícil sobretudo na ausência de sintomatologia pulmonar acompanhante⁴.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 55 anos, saudável, com antecedentes familiares de neoplasia do cólon. Recorre ao médico assistente por quadro com dois meses de evolução de astenia, anorexia e emagrecimento de seis quilos. Atendendo às queixas e ao contexto familiar, foram pedidos os seguintes exames: estudo analítico, marcadores tumorais e colonoscopia. O estudo analítico foi normal e os marcadores tumorais negativos. A colonoscopia mostrou *lesão vegetante e ulcerada no cego com cerca de 2,5-3 cm, que foi biopsada* (figura 1).

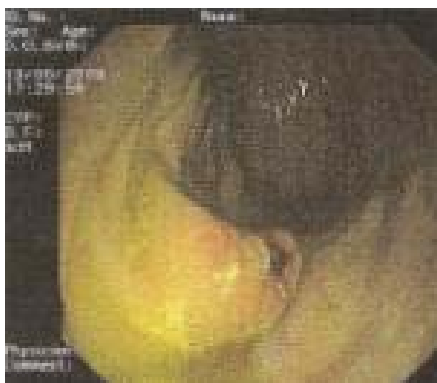


Fig. 1 – Colonoscopia inicial onde se visualiza lesão vegetante e ulcerada no cego

O resultado da histologia da lesão mostrou *fragmento com formação de granulomas não necrotizantes, com pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) negativa, não se identificando estruturas de natureza neoplásica na presente amostra*. Realizou posteriormente TC toraco-abdominal, que evidenciou *lesões de aparência residual no segmento ápico-posterior do lobo superior esquerdo a que se associam algumas opacidades fibronodulares que sugerem processo bacilar em actividade. Sem alterações abdominais* (figura 2).



Fig. 2 – TC toraco-abdominal inicial onde são visíveis opacidades fibronodulares no lobo superior esquerdo

De acordo com estes resultados, foi enviado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) da área de residência para despiste de uma tuberculose pulmonar. À observação no CDP, o doente encontrava-se emagrecido, com uma auscultação pulmonar sem alterações e restante exame objectivo normal. Negava contacto com doente bacilífero. Realizou colheita de quatro amostras de expectoração para exame directo e cultural, prova de *Mantoux* (técnica *two-steps*) e doseamento do interferão gama (IGRA). A prova de *Mantoux* foi de 9 mm e o IGRA foi positivo (P-10,03). As baciloscopias colhidas foram negativas em exame directo e cultural, mas dada a suspeita clínica, foi submetido a broncofibroscopia (BF) com lavado brônquico (LB) para pesquisa de *Mt*. A BF não mostrou

alterações. O exame micobacteriológico do LB, directo, cultural aos 30 dias e o teste de amplificação de ácidos nucleicos para o *Mt*, foram negativos. Aos 60 dias verificou-se crescimento do *Mt*, o que confirmou o diagnóstico de tuberculose pulmonar.

Iniciou tratamento com quatro antibacilares em dose ajustada para o peso (isoniazida 300 mg/dia, rifampicina 600 mg/dia, pirazinamida 1500 mg/dia, etambutol 1200 mg/dia), tendo o teste de susceptibilidade mostrado susceptibilidade a todos os fármacos instituídos. Manteve-se em seguimento no CDP com vigilância clínica e analítica.

Aos dois meses de tratamento foi reduzida a terapêutica para dois fármacos (isoniazida 300mg/dia e rifampicina 600 mg/dia) e repetiu a colonoscopia que mostrou *no local da lesão prévia, lesão muito mais plana e sem erosão, com aspecto inflamatório – pseudo-pólipos*. Completou os seis meses de tratamento sem efeitos secundários e com resolução do quadro pulmonar e digestivo, tendo repetido a colonoscopia no final da terapêutica, que mostrou regressão completa da lesão inicial. (figura 3)



Fig. 3 – Colonoscopia no final do tratamento, com regressão total da lesão

DISCUSSÃO

Este caso clínico ilustra a dificuldade no diagnóstico precoce desta entidade, devido à sintomatologia inespecífica com que esta se apresenta.

A colonoscopia, embora seja o exame de eleição nestes casos, nem sempre permite o diagnóstico definitivo, uma vez que as alterações endoscópicas são comuns a outras patologias e na biópsia da lesão não se isola na maioria das vezes o *Mt*. A tuberculose intestinal deve ser sempre considerada no diagnóstico diferencial de Doença de Crohn e Neoplasia do Cólon, particularmente nas regiões onde é endémica⁵.

Habitualmente o diagnóstico definitivo de tuberculose digestiva é feito através da identificação micobacteriológica (exame directo e cultural) do agente nas biópsias intestinais

em conjunto com o achado histológico de granulomas de células epitelióides com necrose caseosa central.

No nosso caso, não foi possível o isolamento de BAAR na biópsia do cólon nem a identificação dos granulomas típicos, o que está de acordo com os dados da literatura, que referem que estes são isolados num pequeno número de casos de tuberculose intestinal.⁶ Nestas situações tem interesse a utilização de técnicas de biologia molecular, como a realização da PCR para o *Mt* em amostras de tecido intestinal e/ou fezes, permitindo um diagnóstico mais precoce e a identificação da espécie. Estas técnicas apresentam elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da tuberculose⁷.

Na impossibilidade de obtenção de um diagnóstico definitivo de tuberculose intestinal, um diagnóstico de presunção pode ser feito perante a presença de uma tuberculose pulmonar activa ou achados na radiografia do tórax sugestivos, o que acontece em apenas 20% dos casos⁸. Nos casos com alto índice de suspeição e sem diagnóstico estabelecido, uma prova terapêutica pode ser efectuada e deve ser continuada se houver boa resposta clínica⁹. Tratando-se de uma tuberculose intestinal, a colonoscopia dois meses depois do início da terapêutica antibacilar costuma mostrar apenas cicatrizes ou pseudopólipos, como se verificou neste caso⁸.

Embora a cultura de expectoração permaneça o *gold-standard* no diagnóstico de tuberculose pulmonar, fazendo o diagnóstico em cerca de 50-60% dos casos, a broncofibroscopia é um meio seguro e útil, que está indicado em indivíduos com suspeita de tuberculose pulmonar sem expectoração ou após três culturas de expectoração negativas¹⁰. Nestes casos e de acordo com a literatura, a expectoração induzida através da nebulização com um aerossol de solução salina hipertónica, deve ser preferida à BF tendo uma sensibilidade de cerca de 90%, equivalente à do LB, no entanto esta técnica não é realizada por rotina pela falta de condições técnicas para a executar (cabines com pressão negativa)¹¹.

Neste caso clínico, a TC torácica fez-nos suspeitar de tuberculose pulmonar e a broncofibroscopia permitiu isolar o agente fazendo o diagnóstico definitivo de tuberculose pulmonar com envolvimento do tracto digestivo. O tratamento consiste em terapêutica quadrupla com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol durante seis a nove meses^{2,12}.

CONCLUSÃO

O diagnóstico precoce de tuberculose digestiva é importante para evitar as suas complicações que podem ser

graves e acarretar elevada morbidade e mortalidade (4-12%)¹³. O diagnóstico diferencial com outras patologias nem sempre é fácil, sendo necessária elevada suspeição clínica para um diagnóstico atempado.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization: Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing. WHO Report 2009
2. LEUNG VKS, LAW ST, LAM CW et al: Intestinal tuberculosis in Hong Kong. *Hong Kong Med J* 2006;12(4):264-271
3. ARA C, SOGUTLU G, YILDIZ R et al: Spontaneous small bowel perforations due to intestinal tuberculosis should not be repaired by simple closure. *J Gastrointest Surg* 2005;9:514-7
4. WALIA HS, KHAFAGY AR, AL SAYER HM et al: Unusual presentations of abdominal tuberculosis. *Can J Surg* 1994;37:300-6
5. PARK YS, JUN DW, KIM SH et al: Colonoscopy evaluation after short-term anti-tuberculosis treatment in nonspecific ulcers on the ileocecal area. *World J Gastroenterol* 2008;14(32):5051-8
6. PULLIMOOD AB, RAMAKRISHNA BS, KURIAN G et al: Endoscopic mucosal biopsies are useful in distinguishing granulomatous colitis due to Crohn's disease from tuberculosis. *Gut* 1999; 45:537-541
7. American Thoracic Society; CDC: Council of the Infectious Disease Society of America. Diagnostic standards and classification of tuberculosis in adults and children. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161:1376-95
8. HORVATH K, WHELAN R: Intestinal tuberculosis: return of an old disease. *AJG* 1998;93:692-6
9. MISRA SP, NISRA V, DWIVEDI M, GUPTA SC: Colonic tuberculosis: clinical features, endoscopic appearance and management. *J Gastroenterol Hepatol* 1999;4:723-9
10. SIDDIQI K, LAMBERT ML, WALLEY J: Clinical diagnosis of smear-negative pulmonary tuberculosis in low-income countries: the current evidence. *Lancet Infect Dis* 2003;3(5):288-296
11. MCWILLIAMS T, WELLS AU, HARRISON AC, LINDSTROM S, CAMERON RJ, FOSKIN E: Induced sputum and bronchoscopy in the diagnosis of pulmonary tuberculosis. *Thorax* 2002;57:1010-14
12. KIM SG, JUNG HC, SONG IS: Is a 9 month treatment sufficient in tuberculosis enterocolitis? A prospective, randomized, single-centre study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;18:85-91
13. CHEN WS, LEU SY, HSU H, LIN JK, LIN TC: Trend of large bowel tuberculosis and relation with pulmonary tuberculosis. *Dis Colon Rectum* 1992;35:189-192