

TUBERCULOSE ENTÉRICA

INTESTINAL TUBERCULOSIS

Luiz Alberto Mendonça de Freitas, TCBC-DF¹
Alexandre Jorge, TCBC-DF²
Dimas Alberto Campos Aloísio, ACBC-DF³

INTRODUÇÃO

A tuberculose apresenta-se ainda nos dias atuais como um importante problema de saúde pública apesar dos esforços empreendidos e dos progressos alcançados a respeito da profilaxia, do diagnóstico e da terapia desta doença. Nas últimas duas décadas tem-se observado um aumento na incidência da tuberculose, colaborando para isto o empobrecimento de certos grupos populacionais com piora das condições de vida e o surgimento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.¹ De acordo com a literatura, 1% dos pacientes com tuberculose pulmonar apresentam comprometimento intestinal¹ e Cotton identificou lesões intestinais sem focos primários nos pulmões.

A inespecificidade dos sinais e dos sintomas da forma intestinal da doença exige que o cirurgião considere nos dias atuais a hipótese de tuberculose no diagnóstico diferencial de dor abdominal crônica, perda de peso, ascite e mesmo em situações de manifestação aguda como obstrução intestinal ou peritonite, caso queira evitar fazer a hipótese da doença apenas no transoperatório de uma laparotomia exploradora ou ver a mesma ser diagnosticada através de necropsia.² Esta preocupação se justifica, pois de acordo com Lisehora et al, a tuberculose entérica, quando prontamente diagnosticada e tratada clinicamente de forma adequada, é frequentemente curada.³

RELATO DOS CASOS

Caso 1

MDS, 18 anos, masculino, branco. Admitido no Serviço de Emergência do Hospital Regional de Sobradinho com dor abdominal e vômitos. Apresentava-se emagrecido, hipocorado (++) e eunéico. A ausculta pulmonar revelou murmúrio vesicular rude bilateralmente. O abdome estava moderadamente distendido e apresentava tumoração palpável em fossa ilíaca direita.

O paciente evoluiu apresentando sintomas compatíveis com quadro de abdome agudo obstrutivo. Levado a laparotomia exploradora observou-se hipertrofia de parede do jejuno-fleo, com implantação de nódulos na serosa de coloração esbranquiçada (Figura 1), além de adenomegalia satélite. Foi submetido a enterectomia com anastomose primária com preservação da válvula ileocecal. A confirmação de tuberculose entérica deu-se pelo achado do bacilo de Koch na peça cirúrgica. O paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no 12º DPO, em uso de tuberculostáticos e orientação para acompanhamento no ambulatório de Tisiologia.

Caso 2

LC, 31 anos, masculino, pardo. Admitido no Serviço de Emergência do Hospital Regional de Sobradinho com queixa de dor em andar inferior do abdome há três dias. Relatava quadro semelhante há aproximadamente um ano e perda de 12 quilos neste período.

Ao exame físico, a ausculta pulmonar apresentava sibilos esparsos em ambos os hemitórax. O abdome era difusamente doloroso à palpação.

O paciente evoluiu com quadro de abdome agudo obstrutivo, sendo indicada laparotomia exploradora. O achado cirúrgico foi de inúmeras nodulações de tamanhos variáveis em jejuno distal e adenomegalia mesentérica de consistência bastante endurecida. Realizada enterectomia segmentar com reconstrução término-terminal jejuno-ileal.

O exame histopatológico evidenciou tuberculose entérica. O paciente recebeu alta hospitalar no 8º DPO e fez acompanhamento ambulatorial fazendo uso de tuberculostáticos.

DISCUSSÃO

A tuberculose envolvendo o trato gastrointestinal é rara e deve-se à infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou *M. bovis*. A forma da doença causada pelo *M. tuberculosis* é

1. Cirurgião Geral e Coloproctologista. Preceptor da Residência Médica em Cirurgia Geral no HRS.

2. Cirurgião Geral. Preceptor da Residência Médica em Cirurgia Geral no HRS. Prof. de Anatomia da Universidade Católica de Brasília.

3. Cirurgião Geral. Chefe da Unidade de Cirurgia do HRS. Preceptor da Residência Médica em Cirurgia Geral do HRS.

Recebido em 5/5/98

Aceito para publicação em 25/10/99

Trabalho realizado na Unidade de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Sobradinho – Brasília – DF.

primária nos pulmões, sendo levada ao trato gastrointestinal por deglutição de escarro contaminado ou mais raramente por disseminação hematogênica. A infecção pelo *M. bovis* ocorre pela ingestão de leite contaminado.⁴

A localização clássica da tuberculose entérica é a região ileocecal, provavelmente pela presença de grande concentração de tecido linfóide e alto grau de absorção com estase do conteúdo intestinal, e suas formas anatomopatológicas são: ulcerativa, hipertrófica ou mista.

O quadro clínico depende da forma da doença, das complicações associadas e não permite excluir outros diagnósticos como a doença de Crohn ou mesmo o carcinoma, sendo uma tarefa nem sempre fácil a de se chegar ao diagnóstico definitivo.¹ A utilização da videolaparoscopia vem se mostrando útil no diagnóstico da tuberculose entérica.⁴ O espessamento da serosa e a presença de pequenos pontos ou tubérculos branco-amarelados, confluentes ou formando pequenos nódulos (Figura 1) são padrões macroscópicos inconfundíveis quando comparados às metástases e infiltrações inflamatórias. Bhargava et al concluem que a videolaparoscopia com biópsia é um método efetivo para se obter diagnóstico precoce e que a quimioterapia pode ser iniciada com base apenas no aspecto visual videolaparoscópico, tendo obtido diagnóstico correto em 95% de seus pacientes.⁵

O tratamento da tuberculose entérica não complicada é eminentemente clínico, ficando a cirurgia reservada para os casos de resistência ao tratamento conservador, persistência de diagnóstico indefinido e nas complicações (hemorragia, perfuração e obstrução). A ressecção da porção intestinal comprometida com anastomose primária em bordas intestinais "livres" é a opção cirúrgica de primeira escolha. Nos casos mais graves (presença de peritonite e de edema de alças), as ostomias devem ser aventadas.

Os dois casos relatados retratam o caráter insidioso da doença com a complicação acontecendo após um período mais ou menos longo de sintomas inespecíficos associados a perda ponderal, tendo se chegado ao diagnóstico definitivo por exame anatomopatológico de peça cirúrgica proveniente de intervenção motivada por quadro de abdome agudo obstrutivo. Em ambos os casos foi evidenciado o padrão hipertrófico da doença.



Figura 1 – Tuberculose entérica – Segmento de intestino delgado comprometido – Peça cirúrgica. Presença de pequenos nódulos ou tubérculos em serosa e mesentério

O aumento na incidência de tuberculose extrapulmonar e suas implicações clínicas vem salientando importante aspecto epidemiológico, relacionando as alterações imunológicas adquiridas e a possível ativação de focos de tuberculose outrora tratados.

Recentemente, tem havido aumento de incidência em alguns países como a Grã-Bretanha e os Estados Unidos, fato este atribuído ao grande número de imigrantes Asiáticos. Guth e Kim sugerem que há duas populações de pacientes distintamente identificáveis com a doença: os previamente mencionados imigrantes e os indivíduos infectados com o vírus da Imunodeficiência Humana.¹ Comparados com pacientes imunocompetentes, a proporção de tuberculose extrapulmonar é muito maior em pacientes com AIDS, daí o aumento da frequência de relatos publicados de tuberculose (TB) entérica neste grupo de pacientes. O fato é que, menos de duzentos casos de tuberculose entérica foram relatados nos Estados Unidos entre 1950 e 1980, mas a incidência, principalmente em áreas urbanas, tem aumentado consistentemente nos últimos quinze anos.³ Na Espanha, a tuberculose é a infecção mais associada à AIDS, e no Brasil, essa associação ocupa o terceiro lugar em frequência. Estes últimos dados reforçam a importância do tema ora revisto e ilustrado pelos casos relatados.

ABSTRACT

The authors reports two patients with operated from enteric tuberculosis. Tuberculosis involving the intestinal tract may be due to either *Mycobacterium tuberculosis* or *M. bovis*. In the former situation, the disease is primary to the lungs and is carried to the intestinal tract by swallowing sputum. The latter organism produces infection associated with swallowed nonpasteurized milk. This condition is extremely unusual in most western countries, since pasteurization of milk is standardized. The diagnosis was performed through laparotomy because of symptoms suggestive of intestine obstruction. Inflammatory reactions were observed on the small intestine (jejunum-ileum) in both cases. The presence of tuberculosis of the lungs was observed in one patient. The chemotherapeutic treatment was established after the histopathologic diagnosis. The distinction between tuberculosis and Crohn's disease may not be possible by radiography or endoscopy. Videolaparoscopy has been found to be an useful procedure for the early diagnosis of Enteric Tuberculosis. In spite of the epidemiology knowledge, clinical

control and improvement in treatment, extra pulmonary tuberculosis rate from concealed focus has been increased, due to AIDS poverty in certain populational groups and immigration from Asia to western countries. Compared with immunocompetent patients, the proportion of extrapulmonary tuberculosis is much higher in patients with AIDS, justifying the increased frequency of reports of intestinal tuberculosis in these patients.

Key Words: *Tuberculosis; Enteric tuberculosis.*

REFERÊNCIAS

1. Guth AA, Kim U- The reappearance of abdominal tuberculosis. *Surg Gynecol Obstet* 1991;172:432- 440.
2. Rosengart TK, Coppa GF - Abdominal mycobacterial infections in immunocompromised patients. *Am J Surg* 1990;159:125-132.
3. Lisehora GB, Peters CC, Lee MY - Tuberculosis Peritonitis - Do not miss it. *Dis Colon Rectum* 1996;39:349-359.
4. Corman ML - *Colon and Rectal Surgery* - Lippincott-Raven 1997. Fourth Edition.
5. Bhargava DK, Shrinivas, Chopra P - Peritoneal tuberculosis: Laparoscopic patterns and its diagnostic accuracy. *Am J Gastroenterol* 1992;87:109-114.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Alexandre Jorge
SQS 108 Bloco D Apto. 101
70347-040 - Brasília - DF