

Tuberculose Intestinal

Intestinal Tuberculosis

Autores: J. Torres, S. Mendes, M. Ferreira, R. Ferreira, M. Júlio Campos

Mulher, 78 anos. Institucionalizada em hospital psiquiátrico por esquizofrenia.

Referenciada à consulta de Gastreenterologia por diarreia com 4 meses de evolução, caracterizada por dejectões líquidas em número de 3-4/dia, sem sangue, muco ou pús, acompanhada de perda ponderal que não quantificava. Sem outros sintomas acompanhantes. Exame físico sem alterações de relevo.

Laboratorialmente destacava-se anemia normocrômica normocítica (Hb de 11.7 g/dL) e VS de 103/mm¹h. As coproculturas e o exame parasitológico de fezes foram negativos.

Na videocolonoscopia foram detectadas a nível do cego lesões pseudo-polipóides recobertas de mucosa ulcerada e

irregular e válvula ileocecal deformada (**Fig. 1 e 2**). O exame histológico destas lesões revelou granulomas e células gigantes de Langhans localizadas na lâmina própria favorecendo o diagnóstico de tuberculose. O Ziehl-Neelsen foi negativo.

A radiografia de tórax não apresentava alterações e a prova de Mantoux foi negativa. A tomografia computadorizada abdominal evidenciou um espessamento circunferencial hipercaptante a nível da região ileocecal e várias formações ganglionares latero-cava direitas (**Fig. 3**).

As culturas das biópsias do cólon evidenciaram crescimento para *Mycobacterium tuberculosis* sensível à Isoniazida, Rifampicina e Pirazinamida.

A doente completou 7 meses de tratamento com fármacos

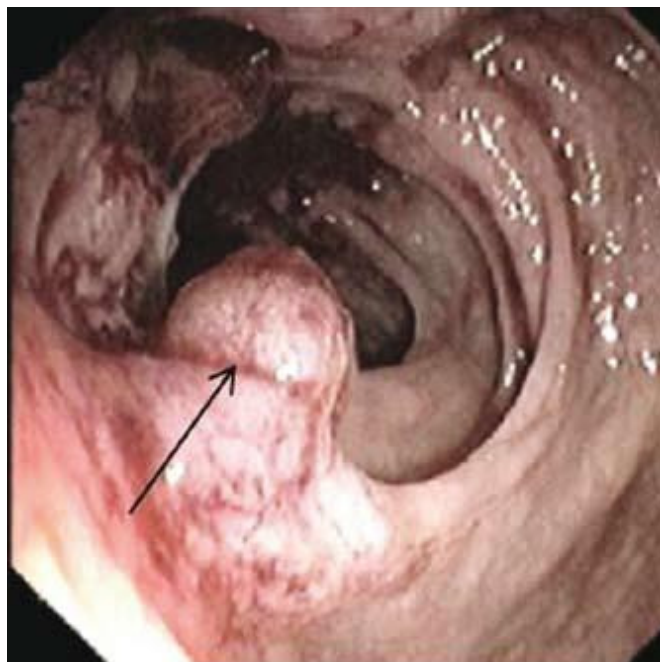
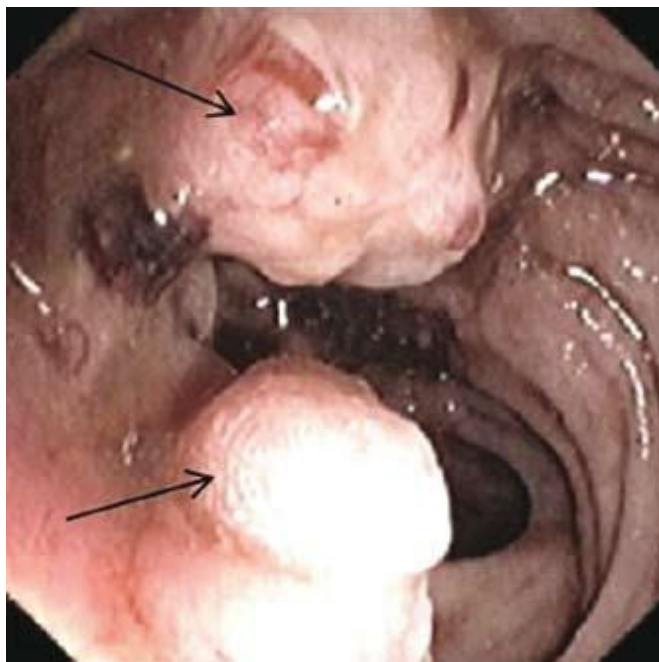


Fig. 1 e 2
Mucosa cecal com aspecto pseudo-polipóide e ulcerado.

Instituição: Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar de Coimbra; **Correspondência:** Joana Torres Centro Hospitalar de Coimbra, EPE Serviço de Gastreenterologia Quinta dos Vales; São Martinho do Bispo 3046-853 Coimbra, 3046-853 Coimbra; **e-mail:** joanatorres00@gmail.com; **Telemóvel:** +351 91 974 05 45; **Recebido:** 24/08/2008 e **Aceite para Publicação:** 29 /08/2008

antibacilares com desaparecimento completo das queixas de diarreia e das lesões cólicas previamente descritas.

A tuberculose intestinal é mais frequentemente observada a nível do íleo e cego^{1,2,3}; os principais achados na colonoscopia são úlceras, estenoses, nódulos, pseudo-pólipos, fístulas e deformação da válvula ileocecal^{2,4}. O diagnóstico requer um elevado índice de suspeição, uma vez que os sintomas podem ser vagos e inespecíficos. A prova de Mantoux é positiva na maioria dos doentes, mas pode ser negativa em doentes idosos ou imunodeprimidos, tal como no caso apresentado. Um diagnóstico de presunção pode ser feito na presença de tuberculose pulmonar activa, mas a radiografia torácica apenas evidencia alterações em cerca de 25% dos casos^{2,3}. A lesão histológica característica é o granuloma; o Ziehl-Neelsen apenas é positivo em cerca de 1/3 dos casos². O diagnóstico de tuberculose intestinal é feito pela identificação do microorganismo no tecido intestinal. A combinação de histologia e cultura positivas do material de biópsia estabelece o diagnóstico em cerca de 80% dos doentes, mas a utilização da técnica de polymerase chain reaction (PCR) pode torná-lo mais rápido e fácil.

À medida que a pandemia HIV continua, acompanhada do envelhecimento da população e da migração de populações de zonas endémicas, é possível que assistamos a um aumento na prevalência de tuberculose activa. Segundo a Organização Mundial de Saúde a incidência global de tuberculose per capita alcançou um pico em 2003, tendo permanecido estável ou a diminuir desde então⁵. Contudo, este lento declínio é ultrapassado pelo crescimento populacional. Assim, é esperado que o nº de novos casos/ano continue globalmente a aumentar⁵, daí que seja importante pensarmos na tuberculose como um diagnóstico cada vez mais frequente.

BIBLIOGRAFIA

1. Naga MI, Okasha HH, Ismail Z, El-Fatraty M, Hassan S, Monir BE. Endoscopic diagnosis of colonic tuberculosis. *Gastrointest Endosc.* 2001;53(7): 789-93.



Fig. 3 Tomografia computadorizada a evidenciar espessamento na região ileo-cecal.

- Misra SP, Misra V, Dwivedi M, Gupta SC. Colonic tuberculosis: clinical features, endoscopic appearance and management. *J Gastroenterol Hepatol.* 1999 Jul; 14(7): 723-9.
- Shah S, Thomas V, Mathan M, Chacko A, Chandy G, Ramakrishna BS, Rolston DD. Colonoscopic study of 50 patients with colonic tuberculosis. *Gut.* 1992; 33(3): 347-51.
- Alvares JF, Devarbhavi H, Makhija P, Rao S, Kottoor R. Clinical, colonoscopic, and histological profile of colonic tuberculosis in a tertiary hospital. *Endoscopy.* 2005;37(4): 351-6.
- Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2008; p21.