

Tuberculose gástrica e intestinal

Gastric and intestinal tuberculosis

Pedro Barreiro, Miguel Bispo, Gilberto Couto, Leopoldo Matos

Apresentamos o caso clínico de um homem de 34 anos, natural da Guiné-Bissau, sem antecedentes pessoais conhecidos, que inicia quadro insidioso com 6 meses de evolução de febre episódica, anorexia e perda de peso (8% do peso corporal). O quadro era acompanhado de hematoquízias recorrentes, em pequena/moderada quantidade, no último mês. No exame objectivo, o doente encontrava-se emagrecido (IMC - 17), com mucosas descoradas, subfebril (37,2° C) e com adenopatias axilares bilaterais móveis, elásticas e indolores. Analiticamente destacava-se anemia microcítica (hemoglobina de 8 g/dl com volume globular médio de 63,4 fl), linfopenia (7%) e velocidade de sedimentação aumentada (120 mm/1^ah). O estudo serológico revelou infecção pelo vírus VIH-1, com contagem de CD4+ de 96 cél./μl. A tomografia computadorizada (TC) toracoabdomino-pélvica mostrou múltiplas

adenopatias axilares bilaterais e lombo-aórticas. Realizou colonoscopia total que identificou no cego lesão discretamente proeminente, arredondada, com cerca de 15 - 20 mm no seu maior eixo, de coloração violácea, com ulceração superficial estrelada central. As biópsias revelaram extensa ulceração da mucosa com presença de bacilos ácido-álcool resistentes com a coloração de *Ziehl-Neelsen*. Durante este período de investigação, iniciou quadro de epigastralgias pelo que realizou endoscopia digestiva alta que mostrou no segmento proximal do corpo gástrico pregas volumosas, confluentes e irregulares. As biópsias da mucosa gástrica alterada identificaram gastrite crónica activa com múltiplos granulomas epitelióides com necrose central compatíveis com tuberculose. Para avaliar a extensão da doença no aparelho digestivo, foi realizado enteroscopia por videocápsula que não

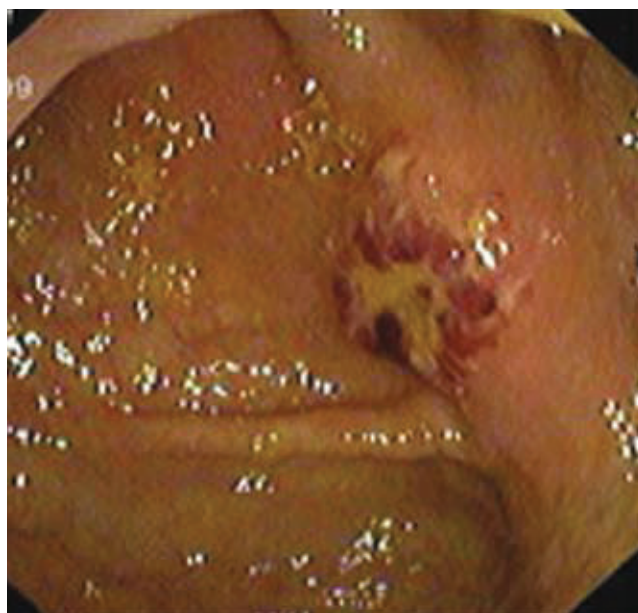


Fig. 1 e 2. Lesão discretamente proeminente e ulcerada na região cecal, perto do orifício apendicular.

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Serviço de Gastroenterologia, Lisboa, Portugal; **Correspondência:** Dr. Pedro Barreiro, Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (Hospital de Egas Moniz), Rua da Junqueira 126, 1349-019 Lisboa; **E-mail:** pedrobarreiro@msn.com; **Tel.:** +351 967 092 175; **Recebido para publicação:** 01/10/2009 e **Aceite para publicação:** 23/11/2009.



Fig. 3. Pregas espessadas e irregulares no corpo gástrico.

identificou alterações do intestino delgado. Estabeleceu-se assim o diagnóstico de tuberculose com atingimento ganglionar, gástrico e cólico em doente imunodeprimido por infecção pelo VIH. Iniciou terapêutica anti-bacilar com esquema quádruplo (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol) que deverá manter pelo menos durante 12 meses.

Nos últimos anos, a tuberculose gastrointestinal tem aumentado a sua incidência devido à epidemia do VIH, mantendo-se contudo uma patologia rara nos países desenvolvidos^{1,2}. Podendo atingir qualquer segmento do aparelho digestivo, a região ileo-cecal é a localização mais frequente (75% dos casos)^{1,3}. Pelo contrário, o envolvimento gástrico é raro, possivelmente devido à acidez e escassez de tecido linfóide deste segmento, e à rápida passagem do seu conteúdo para o intestino delga-

do⁴. Ainda que pouco frequente, o atingimento multissegmentar do aparelho digestivo pode ocorrer como é exemplo este caso clínico. A ausência de sinais ou sintomas específicos ou de achados radiológicos e endoscópicos típicos, exige um elevado grau de suspeição clínica para se estabelecer o seu diagnóstico^{1,4}. A identificação histológica de granulomas caseosos e/ou a identificação do *Mycobacterium tuberculosis*, quer por exame directo, cultural ou técnicas de PCR, permite estabelecer o diagnóstico^{1,2}. A terapêutica tuberculostática apresenta elevada taxa de cura. A ausência de estudos controlados impede a identificação do esquema terapêutico ideal, contudo o esquema triplo com isoniazida, pirazinamida e rifampicina, por um período de 9 a 12 meses, tem-se revelado adequado². Nos doentes com infecção pelo VIH, e devido à maior taxa de resistências aos tuberculostáticos, dever-se-á adicionar outro anti-bacilar (etambutol ou estreptomina) com a eventual necessidade de prolongamento do tempo de terapêutica². A terapêutica cirúrgica fica assim reservada para complicações gastrointestinais da tuberculose como perfuração, hemorragia ou obstrução, ou caso existam dúvidas no diagnóstico, nomeadamente suspeita de lesão neoplásica⁵.

REFERÊNCIAS

1. Marshall J. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum: clinical reviews. *Am J Gastroenterol* 1993;88:989-999.
2. Feldman M, Friedman L, Brandt L. *Sleisenger and Fortran's Gastrointestinal and Liver disease*, 8th edition; 2006: Saunders Elsevier; vol.2:2373-2375.
3. Abrams J, Holden W. Tuberculosis of gastrointestinal tract. *Arch Surg* 1969;89:282-293.
4. Rao Y, Pande G, Sahni P, et al. Gastroduodenal tuberculosis management guidelines, based on a large experience and a review of the literature. *Can J Surg* 2004;47:364-368.
5. Horvath K, Whelan R. Intestinal tuberculosis: return of a old disease. *Am J Gastroenterol* 1998;93:692-696.