

Tuberculose intestinal de localização colônica simulando neoplasia – Relato de caso

Intestinal tuberculosis in colonic location mimicking neoplasia – Case report

Hamilton Petry de Souza¹, Ricardo Breigeiron², Daniel Weiss Vilhordo³, Lucas Felix Rossi⁴, João Valter Pires Jr.⁵, Rafael Andres⁶

¹ Doutor em Cirurgia. Coordenador do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da PUCRS.

² Mestre em Medicina e Ciências da Saúde. Professor do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da PUCRS.

³ Especialista em Cirurgia do Aparelho Digestivo. Cirurgião do Hospital São Lucas da PUCRS.

⁴ Médico Residente em Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital São Lucas da PUCRS.

⁵ Médico Residente em Cirurgia Geral do Hospital São Lucas da PUCRS.

⁶ Doutorando da Faculdade de Medicina da PUCRS.

RESUMO

Objetivos: relatar um caso de tuberculose intestinal e enfatizar a necessidade e a dificuldade do diagnóstico diferencial com neoplasia de cólon.

Descrição do caso: uma paciente feminina de 52 anos teve uma lesão colônica diagnosticada por colonoscopia e biópsia, sugerindo adenocarcinoma. Foi realizado tratamento cirúrgico e o diagnóstico final foi de tuberculose intestinal. A paciente era imunocompetente, tendo sido indicado tratamento com tuberculostáticos.

Conclusões: achados endoscópicos e histopatológicos pré-operatórios devem ser interpretados cuidadosamente e sempre correlacionados com o contexto clínico. O diagnóstico diferencial das lesões colônicas deve incluir neoplasias malignas e outras possíveis etiologias, como a tuberculose extrapulmonar.

DESCRIPTORIOS: TUBERCULOSE GASTROINTESTINAL/diagnóstico; TUBERCULOSE GASTROINTESTINAL/cirurgia; DOENÇAS DO CÓLON; CÂNCER DE CÓLON.

ABSTRACT

Aims: To report a case of intestinal tuberculosis and emphasize the necessity and difficulty of differential diagnosis with colonic cancer.

Case description: A female patient of 52 years had a colonic lesion diagnosed by colonoscopy and biopsy, suggesting adenocarcinoma. Surgical treatment was performed and the final diagnosis was intestinal tuberculosis. The patient was immunocompetent, and tuberculostatic treatment was indicated.

Conclusions: Endoscopic and histological preoperative must be interpreted cautiously and always correlated with the clinical context. The differential diagnosis of colonic lesions should include malignant neoplasms and other possible etiologies, such as extra-pulmonary tuberculosis.

KEY WORDS: TUBERCULOSIS, GASTROINTESTINAL/diagnosis; TUBERCULOSIS, GASTROINTESTINAL/surgery; COLONIC DISEASES; COLONIC NEOPLASMS.

INTRODUÇÃO

A tuberculose é doença infecciosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, com distribuição universal no organismo, podendo atingir qualquer

órgão.¹ Com o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, houve aumento importante na incidência de tuberculose de uma forma geral.² No Brasil, em 2008, foram notificados 68.147 novos casos de tuberculose (incidência de 35,59/100.000 habitantes), dos quais 9.712 corresponderam a formas extrapulmonares (incidência de 5,07/100.000 habitantes), sem dados específicos sobre o sítio intestinal.³ Ocorre com maior frequência em países tropicais e subdesenvolvidos e em indivíduos imunocomprometidos.

Endereço para correspondência/Corresponding Author:

HAMILTON PETRY DE SOUZA
Av. Antônio Parreiras, 145/401
CEP 90450-050, Porto Alegre, RS, Brasil
Telefone: 55(51) 3332-2942
E-mail: hpetrys@terra.com.br

Tuberculose intestinal, na ausência de tuberculose pulmonar ativa ou cicatrizada, pode ser confundida com neoplasia, linfoma gastrointestinal e doença inflamatória intestinal, como a Doença de Crohn. A tuberculose intestinal é evento raro, mas acarreta risco de vida se não tratada.⁴ Vários mecanismos patogênicos estão envolvidos: deglutição de escarro com sementeira direta, disseminação hematogênica ou, em cerca de 10% dos casos, ingestão de leite infectado pela cepa bovina. A região ileocecal constitui o sítio de comprometimento entérico em cerca de 85% dos pacientes, presumivelmente devido à abundância de tecido linfóide nessa área.⁵

Este estudo relata um caso de tuberculose intestinal com localização em ângulo hepático do cólon, em paciente imunocompetente, com sintomas digestivos, em que a maior dificuldade foi o diagnóstico diferencial com neoplasia. Foram revisados aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos.

A publicação deste relato foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

RELATO DO CASO

Uma paciente feminina, de 52 anos, branca, iniciou há dois anos com dor abdominal tipo cólica esporádica (em média, a cada cinco meses) sem alteração de hábito intestinal. Treze meses após, as dores se acentuaram em intensidade e frequência, aliviando com a evacuação. Fazia uso de chás caseiros e composto industrializado de ervas medicinais durante as crises, utilizando laxativos periodicamente. Nos períodos de piora, apresentava empachamento pós-prandial, diarreia, vômitos, dor abdominal em fossa ilíaca direita e sensação de massa nessa topografia. Negava emagrecimento e febre. Face às queixas, foi investigada inicialmente com endoscopia digestiva alta, com resultado normal, e colonoscopia, que demonstrou lesão ulcerada, friável e endurecida em ângulo hepático do cólon, biopsiada (Figura 1). O exame anatomopatológico indicou “lesão com necrose e células atípicas, sugestivo de adenocarcinoma”.

Para fins de estadiamento, foi realizada tomografia computadorizada de abdome, pelve e tórax com resultado normal, exceto por nódulo calcificado de aspecto residual na línula e linfonodo calcificado no hilo pulmonar esquerdo.

Foi indicada colectomia direita com ileotransversoanastomose, realizada sem intercorrências, baseada no achado endoscópico e resultado da biópsia (Figura 2). Foi biopsiado nódulo hepático no segmento IV,

que mostrou necrose no trans-operatório. A avaliação anatomopatológica final apontou: 1) mucosa de cólon com úlcera e inflamação inespecífica, parede com inflamação crônica granulomatosa necrotizante, apêndice cecal com hiperplasia folicular inespecífica e pesquisa de fungos e BAAR negativa; 2) parênquima hepático com inflamação crônica granulomatosa necrosante.

O diagnóstico final foi de tuberculose intestinal (colônica) e a paciente evoluiu de forma satisfatória, recebendo alta no sétimo dia pós-operatório. Vem realizando acompanhamento ambulatorial com pneumologista e tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. A pesquisa de anticorpos anti-HIV foi negativa.

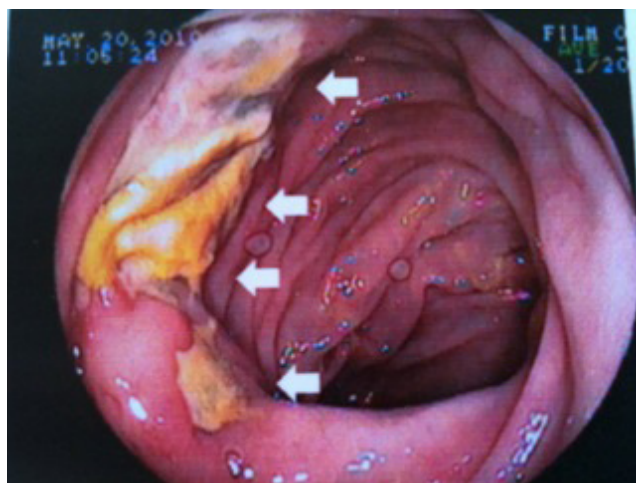


Figura 1. Colonoscopia mostrando lesão ulcerada em ângulo hepático (flechas).

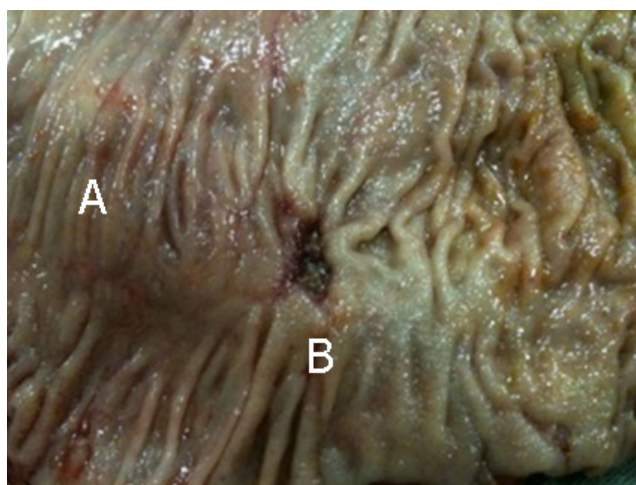


Figura 2. Material cirúrgico de cólon direito com lesão nodular na parede mural (A) e lesão ulcerada em lúmen (B).

DISCUSSÃO

O envolvimento do tubo digestivo pela tuberculose é raro.⁶ A lesão pode se localizar em qualquer segmento do trato digestivo, ocorrendo mais frequentemente no intestino, principalmente região ileocecal.⁷ A estase fisiológica do íleo e da região ileocecal, assim como a alta concentração de tecido linfóide nessa área, têm sido apontadas como explicação para o comprometimento da mesma em cerca de 85% dos casos.⁸⁻¹⁰

A tuberculose intestinal pode ocorrer como foco de infecção primária no intestino, geralmente decorrente da ingestão de leite contaminado (forma primária do intestino), pela evolução de lesão intestinal resultante da deglutição de escarro rico em bacilos em pacientes com tuberculose pulmonar extensa e antiga (forma intestinal de excreção), pela evolução a partir da disseminação hemática de bacilos para o intestino e pelo comprometimento intestinal por contiguidade, a partir de tuberculose em outro órgão abdominal.⁷ Do ponto de vista macroscópico, há quatro tipos de lesões: hipertrófica, ulcerativa, hipertrófico-ulcerativa e esclerótica. A manifestação clínica mais comum da forma ulcerativa é dor abdominal e constipação alternada com diarreia.^{6,7}

O quadro clínico é variado, podendo existir comprometimento do estado geral e sintomas associados ao tipo de complicação e localização da doença. Palidez, perda ponderal, sudorese noturna e febre são achados comuns.¹¹ A principal alteração detectada no exame abdominal é a dor, encontrada em 85 a 100% dos casos, às vezes acompanhada de massa palpável e relatos de diarreia e emagrecimento. A complicação mais frequente é a obstrução intestinal, na maioria das vezes intermitente e parcial. Perfuração e hemorragia intestinais também podem ocorrer, embora raras.⁷⁻⁹

O diagnóstico pré-operatório é difícil e raro. O diagnóstico específico só poderá ser assegurado pela demonstração histológica de BAAR na lesão, embora este exame seja negativo na maioria dos casos.⁶ Igualmente, pela cultura, com presença de necrose caseosa e evidências histológicas específicas em linfonodos regionais. Mesmo em espécimes de ressecção cirúrgica, o encontro dos bacilos e de necrose caseosa não é frequente, embora sejam, algumas vezes, encontrados nos linfonodos adjacentes. A reação de Mantoux (PPD) é positiva em 50% a 70% dos casos, tendo valor diagnóstico limitado, pois não distingue doença ativa de sensibilização prévia. Lesões intestinais são encontradas associadas à forma pulmonar em 70 a 87% das vezes.^{12,13}

Alguns aspectos podem ser observados no caso apresentado. Sobre as manifestações clínicas, é

importante destacar que síndrome do intestino irritável pode apresentar padrão de queixas semelhante, mas o diagnóstico não deve ser concluído sem devida investigação adicional. Assim como o clínico e o cirurgião, o anatomopatologista também deve tomar extremo cuidado no diagnóstico diferencial. A inclusão, na descrição histopatológica da biópsia pré-operatória, da sugestão de adenocarcinoma, poderia provocar em alguns casos um atraso no diagnóstico ou uma conduta inadequada. A ausência de certeza sobre o diagnóstico no espécime biopsiado não constitui demérito ou falha, mas a ideia de neoplasia maligna em geral conduz a decisões terapêuticas radicais.

O diagnóstico diferencial das lesões colônicas deve incluir tuberculose intestinal e doenças mais comuns, como doença de Crohn e neoplasias malignas do cólon ou intestino delgado. Linfadenopatia pode sugerir linfoma. Retocolite ulcerativa inespecífica, sarcoidose, amebíase, histoplasmose e apendicite, entre outras, também devem ser consideradas.⁷⁻⁹

CONCLUSÕES

Relata-se o caso de uma paciente imunocompetente com tuberculose de cólon, topografia usualmente pouco afetada pela doença. Achados endoscópicos e histopatológicos pré-operatórios devem ser interpretados cuidadosamente e correlacionados com o contexto clínico. O diagnóstico diferencial das lesões colônicas deve incluir neoplasias malignas e outras possíveis etiologias, como a tuberculose extrapulmonar.

REFERÊNCIAS

1. Bhargava DK, Tandon HD, Chawla TC et al. Diagnosis of ileocecal and colonic tuberculosis by colonoscopy. *Gastrointest Endosc.* 1985;31:189-92.
2. Gouveia OF, Valentim JB. Processos inflamatórios específicos dos intestinos: Tuberculose Entérica. In: Dani R, Gastro P. *Gastroenterologia Clínica.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1993.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica.* 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Sato S, Yao T, Schlemper RJ, et al. Colonoscopy in the diagnosis of intestinal tuberculosis in asymptomatic patients. *Gastrointest Endosc.* 2004;59:362-8.
5. Haddad FS, Ghossain A, Sawaya E, et al. Abdominal Tuberculosis. *Dis Col Rectum.* 1987;30:724-35.
6. Alves MAG, Rizzon CFC, Picon PD, et al. Tuberculose Gastrointestinal. In: Picon PD, Rizzon CFC, Ott WP. *Tuberculose: Epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e saúde pública.* Rio de Janeiro: Ed. MEDSI; 1993. p.405-16.

7. Swaroop VS. Intestinal tuberculosis (letter). *AJG* 1999; 94:1982.
8. Nari GA, Dalale J, Ponce OH, et al. Obstrucción intestinal por tuberculosis colónica. Presentación de dos casos. *Rev Enferm DIG (Madrid)*. 2006;98:144-50.
9. Lopes L, Certo M, Ramada J, et al. Tuberculose intestinal. *J Port Gastreterol* 2004;11:25-9.
10. Loureiro MP, Cruz P, Fontana A, et al. Tuberculose Intestinal – diagnóstico e ressecção minimamente invasivos. *Rev Bras Videocir*. 2006; 4:13-6.
11. Al-Bahrani ZR, Al Saleem T. Intestinal tuberculosis in Iraq: A study of 50 cases. *Int Surg* 1982;67:483-5.
12. Townsend CM, Jr, Thompson JC. Intestino delgado. In: Schwartz SI, Shives GT, Spencer FC, editores. *Princípios de Cirurgia*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana/Mc Graw-Hill; 1996. p. 1047-81.
13. Nadal CRM, Nadal SR, Klug WA, et al. Tuberculose Intestinal – formas complicadas. *Rev Bras Coloproct*. 1991; 11:25-8.