

ABDÔME AGUDO OBSTRUTIVO EM DECORRÊNCIA DE TUBERCULOSE INTESTINAL

OLIVEIRA, Pietra Baggio Peixoto¹
FERRONATTO, Guilherme Felipe²
ALVES, Ana Flavia³
SILVEIRA, Amanda Pizzato⁴

RESUMO

A tuberculose é uma doença sistêmica, responsável por mais de 1,3 milhões de mortes em 2012. Desta forma conseguimos compreender a relevância desta moléstia no cenário atual, principalmente nos pacientes imunocomprometidos que apresentam maior suscetibilidade em adoecer decorrente desse quadro. O estudo em pauta trata-se de um relato de caso de um abdôme agudo causado por tuberculose intestinal, um foco atípico da doença que ocorre em até 5% dos casos.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose. Abdôme agudo. Diagnóstico diferencial.

ACUTE OBSTRUCTIVE ABDOMEN RESULTING FROM INTESTINAL TUBERCULOSIS

ABSTRACT

Tuberculosis is a systemic disease, responsible for more than 1,3 million deaths in 2012. In this way, we are able to understand the relevance of this disease in the current scenario, especially immunocompromised patients who are more susceptible to becoming ill as a result of this condition. The study in question is a case report of an acute abdomen caused by intestinal tuberculosis, an atypical focus of the disease that occurs in up to 5% of cases.

KEYWORD: Tuberculosis. Acute abdomen. Differential diagnosis

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose é causada pelo agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis*, doença responsável por 1 em cada 4 mortes evitáveis em todo o mundo (FITZGERALD, 2005). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2013, cerca de 8,6 milhões de pessoas haviam contraído a doença em todo o mundo e aproximadamente 1,3 milhões de indivíduos morreram em 2012 em decorrência dessa mesma moléstia. Constatou-se que nos últimos anos houve um aumento de taxas em países desenvolvidos devido a prevalência de indivíduos imunocomprometidos, especialmente devido à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (DEBI, 2014).

É válido ressaltar que a tuberculose é uma doença sistêmica e dentre os órgãos acometidos o trato gastrointestinal representa cerca de 5% dos focos da patologia, estando a porção ileocecal

¹ Acadêmica do oitavo período do curso de medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: pietrabaggio@hotmail.com

² Acadêmico do décimo segundo período de medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: gilherme.f.ferronato@gmail.com

³ Acadêmica do nono período do curso de medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: anaflaviaalves@icloud.com

⁴ Médica cirurgiã geral. E-mail: amandap_s@hotmail.com

envolvida em 64% dos casos (SOUZA, 2018). Os principais meios de disseminação seriam reativação de um foco primário, geralmente pulmonar, e consequente disseminação pela via hematogênica e linfática ou pela deglutição de alimentos contaminados ou de expectoração dos doentes com tuberculose pulmonar ativa (SILVEIRA, 2018).

É sabido que com o advento da terapia eficaz, a tuberculose abdominal, tornou-se uma doença rara, correspondendo a menos de 1% de todos os casos relatados nos Estados Unidos e no Canadá consequentemente a terapia cirúrgica é pouco recorrida (SILVEIRA, 2018). No entanto, a tuberculose continua sendo um grave problema de saúde pública no Brasil e quando envolve esse sistema o diagnóstico torna-se difícil, com quadros arrastados e em algumas situações pode evoluir para um quadro de abdome agudo, necessitando de tratamento cirúrgico urgente (JAKUBOWSKI, 1987). Sendo assim, a relevância da temática abordada é decorrente da dificuldade apresentada pelos profissionais médicos em fazer o diagnóstico diferencial da tuberculose intestinal, afinal, os sintomas inespecíficos servem de fatores que acabam por se confundir com outras moléstias gastrointestinais.

2. RELATO DE CASO

R. J. S., masculino, 16 anos, internado por quadro de dor abdominal inespecífica com três meses de duração, associado a náuseas, vômitos e emagrecimento progressivo nesse período. Em investigação prévia, realizou tratamento para *Helicobacter pylori*, sem melhora dos sintomas. Cinco dias prévios ao internamento o paciente evoluiu para agudização da dor e parada da eliminação de flatos e fezes.

Ao exame clínico, apresentou regular estado geral, desnutrido, hipocorado e emagrecido. O abdome apresentou-se distendido, difusamente doloroso a palpação, sem massas palpáveis e sem sinais de peritonite. Nos exames laboratoriais o eritrograma apresentou anisocitose e hipocromia, já o leucograma apresentou trombocitose. Com tais dados, foi estabelecido como hipótese diagnóstica Abdome Agudo Obstrutivo e então foi solicitado uma Tomografia Computadorizada (TC) de abdôme com contraste, a qual evidenciou distensão difusa de alças intestinais de todo intestino delgado e cólon, moderada quantidade de líquido livre intra-abdominal, sinais inflamatórios em planos gordurosos adjacentes (densificação da gordura mesentérica) e espessamento peritoneal, bem como omental.

Após discussão do caso, foi optado por laparotomia exploradora de emergência um dia após dar entrada no hospital de referência, através de uma incisão mediana supra e infra umbilical. No inventário da cavidade, foram identificadas intensas aderências intestinais com presença de lesões

nodulares acometendo mesogástrio, peritônio e órgãos intra-abdominais difusamente e distensão de alças intestinais predominantemente em intestino delgado. Durante a liberação de bridas foram evidenciadas presença de lesões perfurantes de aproximadamente 100 centímetros do ângulo de Treitz, não sendo identificado o foco primário das lesões. Por fim, foi realizada a lise de aderências, biópsias múltiplas, apendicectomia incidental, enterectomia de 40 centímetros com enteroanastomose termino-terminal deixando ao final do procedimento cirúrgico um dreno de Penrose 3-0 fixado em flanco esquerdo. Após a cirurgia, o paciente foi encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde permaneceu por 4 dias, sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no quinto dia de pós-operatório em bom estado geral e com débito mínimo pelo dreno com conteúdo seroso.

Quatro dias após alta hospitalar, paciente retornou para o pronto-atendimento com dor abdominal em fossa ilíaca direita, sendo evidenciada fístula operatória enterocutânea. Ao exame físico, a ectoscopia estava em regular estado geral, lúcido e orientado no tempo e no espaço, acianótico, anictérico, afebril. Realizada TAC abdome com evidência de derrame pleural à esquerda e pequena quantidade de líquido livre intra-abdominal em pelve. Ao leucograma, apresentava leucocitose com desvio nuclear à esquerda, além de aumento da PCR. Apresentava no local da ferida e via dreno penrose drenagem de secreção serossanguinolenta, sendo diagnosticada fístula enterocutânea. Optado por tratamento conservador visto que, a fístula estava orientada, e o paciente foi encaminhado para UTI com prescrição de jejum e nutrição parenteral total. Evoluiu bem com o tratamento, sendo liberado dieta progressiva 9 dias após o início da NPT, sendo também retirado o dreno de penrose sem intercorrências e com diminuição do débito pela fístula. Evoluiu com resolução espontânea da mesma e alta hospitalar.

A análise das biópsias anatomopatológicas liberadas 3 semanas após o ato cirúrgico revelou como diagnóstico anatomopatológico periapendicite granulomatosa tuberculóide e tecido conjuntivo com inflamação granulomatosa tuberculóide e aguda fibrinoleucocitária. Apresentou também segmento de intestino delgado com serosite granulomatosa tuberculóide e aguda fibrinoleucocitária, congestão vascular e edema de submucosa, além de margens com serosite granulomatosa tuberculóide e aguda fibrinoleucocitária.

Feito o diagnóstico anatomopatológico, paciente seguiu tratamento ambulatorial pela Equipe de Cirurgia Geral e Infectologia, sendo instituído o tratamento farmacoterápico para tuberculose, com sucesso.

3. DISCUSSÃO

Em relação às alterações anatomopatológicas sabemos que o trato gastrointestinal pode ser invadido pelo bacilo com a formação de tubérculos epitelióides no tecido da camada submucosa. A necrose caseosa dos tubérculos costuma ocorrer cerca de 2 a 4 semanas após a infecção, levando à ulceração da mucosa adjacente. A consequência dos fatos descritos pode ser disseminação dos eventos para as camadas mais profundas e linfonodos adjacentes.

As alterações histológicas são responsáveis pelos principais sintomas da Tuberculose intestinal, estes consistem principalmente em dor abdominal (85%), perda de peso (66%) e diarreia (20%). Tais sintomas podem cursar com disabsorção intestinal, hematoquezia e/ou obstrução intestinal aguda ou subaguda. Alguns pacientes podem ter o diagnóstico retardado por anos, sendo que 15 a 40% podem se apresentar com abdome agudo (LOUREIRO, 2006). Deve-se levar em conta os diagnósticos diferenciais que incluem doença inflamatória intestinal, especialmente a Doença de Crohn pelo acometimento muito similar do íleo terminal, neoplasia primária pelo espessamento parietal excêntrico e linfoma pelo espessamento parietal mais exuberante, mas não cursa com segmentos de estenose. É importante cogitar o diagnóstico diferencial de tuberculose intestinal, mesmo sendo algo inespecífico no que tange aos sinais e sintomas, afinal, o Brasil ainda é um país com epidemiologia favorável a doenças como essa.

A extensão e a localização da infecção são melhor avaliadas por meio de tomografia computadorizada e colonoscopia, contudo, seus achados são inespecíficos, sendo necessária uma confirmação microbiológica ou histopatológica feita por meio de aspiração percutânea ou biópsia (ABU-ZIDAN, 2019). A evidência direta pode ser via amplificação do ácido nucleico do *M. tuberculosis* e cultura, já a indireta pela dosagem da enzima ADA (adenosina deaminase) ou perfil celular com predomínio linfocítico (SOUZA, 2018). No caso apresentado, em vigência de uma urgência cirúrgica, não houve possibilidade de uma colonoscopia diagnóstica, como acontece na maioria dos casos que acabam sendo feitos pelo resultado das biópsias após a laparotomia de emergência.

O tratamento para esses casos é realizado por drogas combinadas, em esquema tríplice, pela via oral por um longo período, exceto nos casos de Tuberculose do sistema nervoso central. Em casos complicados é recomendada a intervenção cirúrgica como foi observado no relato descrito (SILVEIRA, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde Brasileiro, em 2018, 76 mil novos casos de Tuberculose foram registrados no país. A prevalência de casos já se trata de um indicador suficiente para nos aprofundarmos mais sobre a temática. Em relação a tuberculose intestinal, por ser uma forma rara

da doença, precisamos treinar os profissionais da saúde para saberem detectar estes casos mesmo que o diagnóstico seja difícil de ser feito, afinal, o reconhecimento precoce é fundamental para um tratamento eficiente.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foi apresentado um caso de Tuberculose Intestinal, moléstia rara, mas que evidencia a necessidade de investigarmos diagnósticos diferenciais em casos que apresentam pouco resultado com os tratamentos implementados. No Brasil se torna mais relevante termos conhecimento dessas doenças, afinal, a Tuberculose é extremamente prevalente e pode atingir diferentes órgãos, principalmente em pacientes imunocomprometidos. É válido ressaltar que o acometimento extrapulmonar da tuberculose também deve ser considerado mesmo em pacientes imunocompetentes. Desta forma, termos um tratamento assertivo, evitando possíveis iatrogenias e reduziremos gastos desnecessários ao sistema de saúde público.

REFERÊNCIAS

- ABU-ZIDAN, F.M.; SHEEK-HUSSEIN, M. Diagnóstico de tuberculose abdominal: lições aprendidas ao longo de 30 anos: ensaio peitoral. **Mundo J Emerg Surg** v. 14, n. 33, 2019. <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0252-3>. Acessado em 18 Jul de 2021.
- DEBI, U. Abdominal tuberculosis of the gastrointestinal tract: revisited. **World Journal Of Gastroenterology**, [S.L.], v. 20, n. 40, p. 14831, 2014. Baishideng Publishing Group Inc. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v20.i40.14831>. Acessado em 18 Jul 2021.
- FARER, L. S.; LOWELL, A. M.; MEADOR, M. P. Extrapulmonary Tuberculosis In The United States. **American Journal Of Epidemiology**, [S.L.], v. 109, n. 2, p. 205-217, fev. 1979. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112675>. Acessado em 18 Jul 2021.
- FITZGERALD D.; HAAS, D. W. Micobacterium tuberculosis. In: LIVINGSTONE, C. [editor]. **Princípios e práticas de doenças infecciosas**. Nova York: Elsevier, Churchill Livingstone; 2005. p. 2852. Disponível em https://books.google.com.br/books?id=yaV5AgAAQBAJ&pg=PA11&lpg=PA11&dq=Fitzgerald+D,+Haas+DW.+Mycobacterium+tuberculosis&source=bl&ots=PxsGssDQ52&sig=ACfU3U3G3Hsf5Hb_N6oKe3T-tdtasek5Ss&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwiG7ZaVs9LpAhWEC9QKHY1JCeQQ6AEwAXoECA0QAQ#v=onepage&q=Fitzgerald%20D%2C%20Haas%20DW.%20Mycobacterium%20tuberculosis&f=false. Acessado em 18 Jul de 2021.
- JAKUBOWSKI, A.; ELWOOD, R. K.; ENARSON, D. A. Tuberculose abdominal ativa no Canadá em 1970-81. **CMAJ**, v. 137, n. 10, p. 897-900. 1987

LOUREIRO, M. P.; CRUZ, P.; FONTANA, A.; WEIGMANN, S. C.; SHIBATA, M. Tuberculose Intestinal - Diagnóstico e Ressecção Minimamente Invasivos. Relato de caso. **Rev bras videocir**, v. 4, n. 1, p. 13-16, 2006. Disponível em: https://www.sobracil.org.br/revista/rv040401/rbvc040401_13.pdf. Acessado em 18 Jul de 2021.

PRAKASH, A. Ulcero-constrictive tuberculosis of the bowel. **Int Surg**. v.63, p. 5, p. 23-9, 1978. PMID: 730470. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/730470/>. Acessado em 18 Jul 2021

SILVEIRA, K.; ZAIDAN, B. **Tuberculose intestinal**. Dr.Pixel. Campinas: Dr Pixel, 2018. Disponível em: <https://drpixel.fcm.unicamp.br/conteudo/tuberculose-intestinal>. Acessado em: 18 Jul de 2021.

SOUZA, A. V.; PASTRO, A. V.; BISPO, T. R. C. M.; MATTOS, B. I.; BISCARO, R. C.; VIVI, M. C. F.; TOLEDO, P. C. Relato de Caso: tuberculose intestinal. **Journal Of Coloproctology**, [S.L.], v. 38, p. 39, out. 2018. Georg Thieme Verlag KG. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.083>. Acessado em 18 Jul 2021.