

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Programa de Residência Médica em Gastroenterologia

Autor: Vinicius Eduardo do Nascimento de Lemos Campos
Orientador: Alexandre Luis Klamt

Enterorragia volumosa como manifestação clínica de Tuberculose Miliar

Trabalho de Conclusão de Residência Médica
Porto Alegre, fevereiro de 2022

RESUMO

A Tuberculose é um problema de saúde pública ainda nos dias de hoje e pode ter manifestações clínicas agudas e crônicas desafiadoras para várias especialidades médicas. Por se tratar de doença de potencial multissistêmico, frequentemente é negligenciada quando está fora do contexto clínico respiratório. Em consequência disto, foi realizado um relato de caso clínico atendido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no ano de 2020, de paciente com enterorragia volumosa como manifestação clínica aguda grave de Tuberculose Miliar e intestinal. Devido a potencial gravidade da tuberculose não diagnosticada e tratada, sugere-se alta suspeição em todos os níveis dos sistemas de saúde (seja público ou privado) com vistas ao diagnóstico precoce, tratamento e prevenção de complicações decorrentes da doença.

Palavras-chave: Tuberculose Miliar. Enterorragia.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 73 anos, com antecedentes de Artrite Reumatóide, Hipertensão, Tabagismo, Doença Renal Crônica, Doença Arterial Obstrutiva Periférica, Doença Arterial Coronariana, Insuficiência Cardíaca e Acidente Vascular Cerebral. História de internação em 2020 por anemia, na qual foi realizada Colonoscopia, que demonstrou pandiverticulose e lesão de espalhamento lateral no reto, que foi retirada por mucosectomia (O exame anátomo-patológico revelou Adenoma Vilitubular com displasia de baixo grau). Usuário de Aspirina e Prednisona. Veio à emergência com queixas de dispnéia, mialgia, febre e perda de peso iniciados na última semana. O exame físico demonstrou o paciente em regular estado geral, desorientado em tempo e lugar e com leve esforço respiratório. O abdome era indolor à palpação e tinha ruídos hidroaéreos presentes. A ausculta cardiopulmonar era sem particularidades. Os sinais vitais eram estáveis e o paciente tinha saturação de oxigênio a 95% em ar ambiente.

Os exames iniciais mostraram uma anemia leve, leucocitose com neutrofilia, aumento importante de Proteína C Reativa e teste para SarsCov-2 negativo. O raio-x de tórax demonstrou disseminação miliar, presumivelmente infecciosa granulomatosa. A seguir foi realizada uma tomografia computadorizada de tórax (Imagem 1), que mostrou micronódulos pulmonares predominando nos terços médio e superior, com padrão miliar, sugerindo disseminação hematogênica. O paciente evoluiu com episódios de enterorragia com queda progressiva de hemoglobina e hipotensão. Realizada colonoscopia (imagem 2), que mostrou úlceras ileais profundas e extensas, com porejamento de sangue, entremeadas com mucosa de aspecto normal. No cólon, observou-se divertículos em todos os segmentos examinados, sem sinais de sangramento. O exame anatomopatológico revelou Ileíte crônica e aguda ulcerada, com granuloma, sem necrose. Pesquisa de BAAR positivo. O paciente evoluiu com novos sangramentos digestivos com hipotensão refratária, sendo admitido em Centro de Terapia Intensiva e evoluindo para óbito a despeito de medidas invasivas como uso de drogas vasoativas e intubação orotraqueal.

DISCUSSÃO

A tuberculose é uma doença infecciosa multissistêmica causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que pode acometer trato gastrointestinal (TGI), linfonodos e outros órgãos sólidos. O envolvimento do TGI gira em torno de 1 a 3% dos casos. A tuberculose intestinal se apresenta endoscopicamente com envolvimento da válvula ileocecal na maioria dos pacientes (85%). A detecção histológica de granulomas tem aproximadamente 80% de especificidade e acurácia em torno de 50%. Dor abdominal, diarreia, perda de peso e febre são os sintomas mais comuns. Sangramento gastrointestinal baixo ocorre em 5 a 15% dos pacientes, com enterorragia volumosa sendo extremamente rara.

Cirrose, infecção por HIV, diabetes, malignidades, desnutrição, uso de anti-TNF (fator de necrose tumoral), uso de corticóides e diálise peritoneal são fatores de risco descritos. A via de infecção usual é a penetração direta na mucosa intestinal por organismos ingeridos (expectoração ou alimentos contaminados), porém pode haver reativação de TB latente em pacientes expostos previamente ao bacilo.

Anemia e aumento da Velocidade de Hemossedimentação pode ocorrer em 50 a 80% dos casos. O leucograma usualmente é normal. No acometimento gastrointestinal, íleo e ceco são afetados em 75% dos casos. (forma ulcerativa) A lesão histológica típica da doença é o granuloma (50-80%), que comumente é caseoso. A pesquisa de BAAR costuma ser positiva em 20% dos casos e a pesquisa por PCR (polymerase chain reaction) é mais sensível, girando em torno de 65%. As complicações incluem hemorragia, perfuração, obstrução, fístula, disabsorção. Perfuração é incomum, mas pode ocorrer durante o tratamento. Obstrução intestinal é mais comum e resulta de doença segmentar estenótica.

Os exames de imagem podem revelar espessamento da válvula ileocecal, espessamento intestinal assimétrico e linfadenopatia maciça com necrose central. A Doença de Crohn pode manifestar virtualmente todas as alterações de TB intestinal, exceto pela presença do organismo. Alguns achados característicos de tuberculose, que podem ajudar no diagnóstico diferencial, são: massa inflamatória centrada no ileoceco, úlceras transversas/circunferenciais em vez de lineares (que são típicas de Crohn), válvula ileocecal incompetente, sinal de Stierling (conificação do ceco), linfonodos mesentéricos grandes e hipodensos (necrosados/caseosos). Algumas infecções podem mimetizar tuberculose, como yersiniose, histoplasmoze, actinomicose, esquistossomoze, amebíase, sífilis e linfogranuloma.

A notificação da doença no Brasil é obrigatória e o tratamento geralmente é similar ao da tuberculose pulmonar. A resposta clínica já pode ser vista em duas semanas de tratamento.

No caso relatado, o paciente procurou atendimento por sintomas respiratórios e constitucionais, inicialmente não levantando a suspeita de doença gastrointestinal em atividade. Contudo, conforme o quadro respiratório foi sendo elucidado, houve a manifestação clínica gastrointestinal grave (enterorragia volumosa), que possibilitou o diagnóstico etiológico. O paciente em questão havia vários fatores de risco e preditores de gravidade para sangramento gastrointestinal, como idade, comorbidades e uso de aspirina.

CONCLUSÃO

No caso apresentado demonstrou-se um paciente com quadro de enterorragia grave como manifestação clínica proeminente de Tuberculose Miliar. Diante disso e considerando que no Brasil temos alta prevalência da doença, é recomendado elevado índice de suspeição e abordagem diagnóstica para instituição de tratamento precoce, visando evitar sequelas, complicações ou desfechos desfavoráveis.

Salienta-se a importância de realizar o diagnóstico precoce e da consideração do diagnóstico diferencial diante de quadro clínico/endoscópico compatível.

ANEXOS



Imagem 1. Tomografia Computadorizada de tórax com micronódulos pulmonares predominando nos terços médio e superior, com padrão miliar, sugerindo disseminação hematogênica.

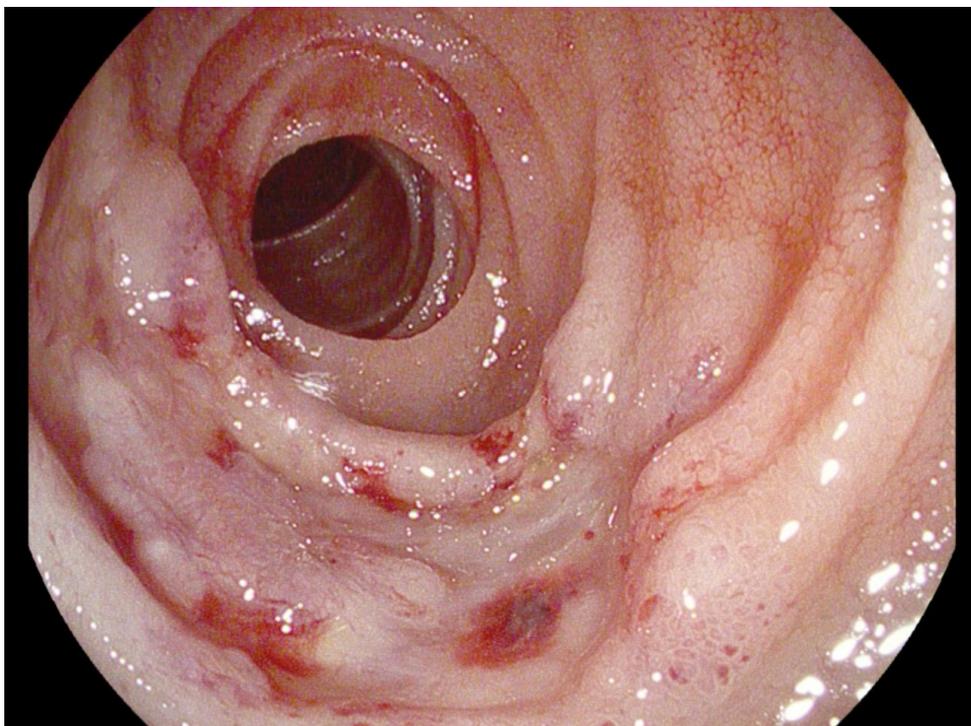


Imagem 2. Colonoscopia demonstrando úlceras ileais profundas e extensas, com porejamento de sangue, entremeadas com mucosa de aspecto normal. O exame anátomo patológico revelou ileíte crônica e aguda ulcerada, com granuloma, sem necrose. Pesquisa de BAAR positivo.

REFERÊNCIAS

1. J. Kentley, J. L. Ooi, J. Potter, S. Tiveri, T. O'Shaughnessy, L. Langmead, J. Chin Aleong, M. A. Thaha and H. Kunst. Intestinal tuberculosis: a diagnostic challenge; 2017.
2. Karen D Horvath; Richard L. Whelan. Intestinal Tuberculosis: Return of an Old Disease; 1998.
3. Xiao-Chun Shi, Li-Fan Zhang, Yue-Qiu Zhang, Xiao-Qing Liu, Gui-Jun Fei. Clinical and Laboratory Diagnosis of Intestinal Tuberculosis. 2016, vol 129, Issue 11.
4. Saurabh Kedia, Prasenjit Das, Kumble Seetharama Madhusudhan, Siddhartha Dattagupta, Raju Sharma, Peush Sahni, Govind Makharia, Vineet Ahuja. Differentiating Crohn's disease from intestinal tuberculosis. 2019; 25(4): 418-432.
5. Irawaty Djaharuddin, Mochammad Hatta, Nur Ahmad Tabri, Eliana Muis, Safriadi Safriadi, Muhammad Reza Primaguna. Intestinal tuberculosis: Case series of three patients.
6. Jing Zhao, Min-Yi Cui, Tao Chan, Ren Mao, Yanji Luo, Indira Barua, Minhu Chen, Zi-Ping Li and Shi-Ting Feng. Evaluation of intestinal tuberculosis by multi-slice computed tomography enterography. Zhao et al. BMC Infectious Diseases (2015) 15:577