Apresentação de tuberculose com hemorragia digestiva alta: relato de caso

Tuberculosis presenting as upper gastrointestinal bleeding: case report

LISIA MARTINS NUDELMANN – Residente de Medicina Interna no Hospital Nossa Senhora da Conceição.
SERGIO IVO DEDAVID – Médico Cardiologista. Preceptor do Serviço de Medicina Interna do Hospital Nossa Senhora da Conceição.
EDUARDO LAHUDE LIMA – Médico Patologista. Patologista do Serviço de Patologia do Grupo Hospitalar Conceição.
DANIEL RIOS PINTO RIBEIRO – Médico Cardiologista. Estagiário de Ecocardiografia do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul / Fundação Universitária de Cardiologia, IC-FUC.
CLEITON PANDO – Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria.

Trabalho realizado no Serviço de Medicina Interna do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Porto Alegre – RS.

✉ Endereço para correspondência:
Lisia Martins Nudelmann
Rua Dr. Jorge Fayet 324 casa 02
Bairro Chácara das Pedras
91330-330 Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3407-3407 – (51) 9112-0734
💻 lisia@via-rs.net

RESUMO

Tuberculose pode envolver qualquer parte do trato gastrointestinal, entretanto a localização gástrica é extremamente rara. Tuberculose gástrica pode mimetizar úlcera péptica ou neoplasia gástrica maligna, porém hemorragia digestiva alta é manifestação extremamente incomum da tuberculose gástrica. Nós relatamos um caso de tuberculose disseminada, em uma paciente com SIDA com repetidos episódios de melena e hematêmese. A biópsia realizada evidenciou micobacteriose antral, com presença de bacilos álcool-ácido resistentes na área ulcerada.

UNITERMOS: Tuberculose Gástrica, Hemorragia Digestiva, SIDA.

ABSTRACT

Tuberculosis may involve any part of the gastrointestinal (GI) tract. However gastric involvement is extremely rare. Gastric tuberculosis may simulate peptic ulcer or gastric malignancy, but upper GI bleeding is an extremely uncommon manifestation. We report a case of disseminated tuberculosis in a patient with AIDS, with repeated episodes of melena and hematemesis. A biopsy revealed antral mycobacteriosis with the presence of acid-fast bacilli in the ulcerated area.

KEYWORDS: *Gastric Tuberculosis, Gastrointestinal Bleeding, AIDS.*

INTRODUÇÃO

Historicamente, o ressurgimento da tuberculose (TBC) nos EUA, no início da década de 90, coincidiu com o crescimento da epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV). Desde então, com os adventos na terapêutica e intensificação das medidas preventivas, o número de pessoas infectadas pelo HIV e pelo bacilo de Koch está declinando nos Estados Unidos. Entretanto, as taxas mundiais permanecem altas, com cerca de 40 milhões de indivíduos portadores deste vírus (1). No Brasil, estima-se haver em torno de 620.000 casos de pessoas portadoras (2). Do total observado no mundo, 1/3 dos pacientes estão co-infectados por TBC (1).

A tuberculose, seja na forma pulmonar ou extrapulmonar, constitui-se em importante infecção oportunista nos portadores do HIV, freqüentemente a primeira indicação de imunodeficiência. Apresenta-se clinicamente de maneiras variadas, tornando-se, muitas vezes, um desafio diagnóstico.

Tuberculose gástrica é sítio raro de TBC extrapulmonar, quando comparada a outras localizações gastrointestinais (3, 4, 5). Infreqüente também é a apresentação desta doença na forma de hemorragia digestiva alta (4, 6). O presente relato descreve o caso de uma paciente que, a partir de repetidos episódios de hematêmese e melena, teve estabelecido o diagnóstico de tuberculose gástrica.

RELATO DE CASO

A paciente que se apresentou em nosso serviço era do sexo feminino, 41 anos de idade, tabagista e sabia-se portadora do vírus HIV desde 2005. Preenchia critérios para SIDA, com CD4 de 136, estando em tratamento irregular com terapia anti-retroviral. Possuía antecedentes de tuberculose pulmonar e ganglionar no passado (2005), tratada, com cura devidamente comprovada, bem como sorologia positiva para o vírus C da hepatite.

Internou-se com quadro de cistite não complicada, sendo submetida a tratamento antibiótico conforme o antibiograma, com resolução completa dos sintomas. Além de queixas urinárias, a paciente referia perda ponderal de 8

Recebido: 22/8/2007 – Aprovado: 9/10/2007

15-123-apresentação de tuberculose.pmd 291 9/1/2008, 10:38

kg em 1 ano e tosse seca crônica. Ao exame físico, apresentava linfonodomegalias móveis e indolores em região cervical, sem outros achados dignos de nota. Os exames laboratoriais iniciais mostravam anemia microcítica e hipocrômica.

Durante a internação, passou a apresentar episódios de melena e hematêmese, inicialmente sem qualquer sinal ou sintoma. A ocorrência de hemorragia digestiva alta repetiu-se por dois dias, cursando com instabilidade hemodinâmica e anemia severa (hemoglobina de 2,8 e hematócrito de 8,8), com necessidade de reposição de volume e sangue em grandes quantidades para estabilização do quadro.

A endoscopia digestiva alta demonstrou presença de grande coágulo cobrindo fundo e corpo gástrico e lesão ulcerada extensa com estigmas de sangramento recente ocupando pequena curvatura e parede posterior do segmento proximal do corpo (Figura 1). O anatomopatológico evidenciou micobacteriose em mucosa antral e presença de alguns bacilos álcool-ácido-resistentes em zona de erosão superficial (Figuras 2, 3, 4 e 5).

Após ressuscitação volêmica, evolui com dispnéia progressiva importante. A radiografia de tórax apresentava infiltrado micronodular difuso, sugestivo de tuberculose miliar e derrame pleural volumoso à direita, cuja adenosina-deaminase (ADA) do líquido pleural foi de 79,2 (normal <10), altamente sugestivo de tuberculose pleural. O ecocardiograma não mostrou alterações. Por fim, apesar de referir apenas tosse seca, a paciente apresentou bacilos álcool-ácido-resistentes (BAAR) positivos (1 +) no escarro.

A seguir foi iniciado esquema RHZ (Rifampicina, Pirazinamida e Izoniazida), de forma que a paciente evolui com melhora da dispnéia e resolução gradual do derrame pleural e do padrão micronodular difuso observado na radiografia. Não apresentou mais episódios de hematêmese ou melena nem declínio nos padrões da série vermelha ao hemograma.



Figura 1 – Úlcera gástrica visualizada na endoscopia digestiva alta.

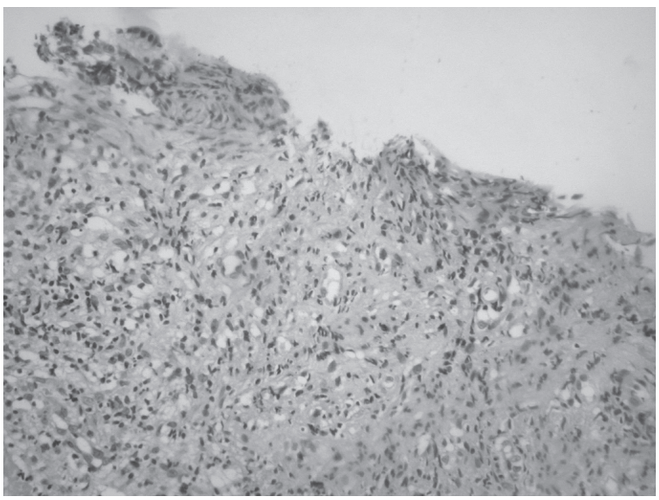


Figura 2 – Zona de erosão com inflamação supurativa crônica e proliferação fibro-histiocitária em mucosa gástrica, utilizando coloração hematoxilia-eosina com aumento de 100x.

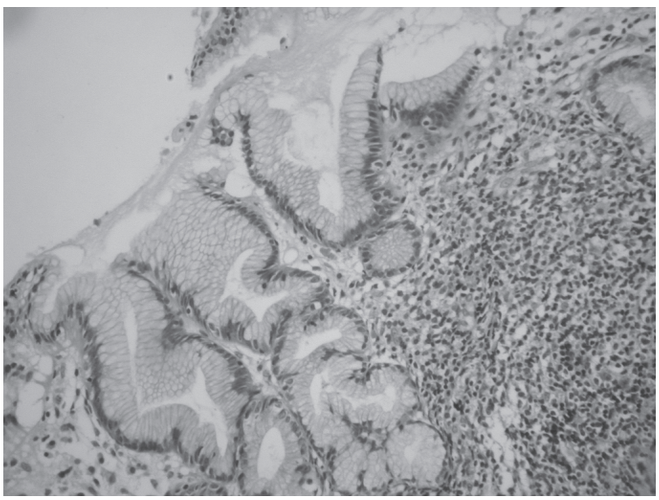


Figura 3 – Inflamação crônica e proliferação linfo-histiocitária e erosão em mucosa gástrica, utilizando coloração hematoxilia-eosina com aumento de 100x.

15-123-apresentação de tuberculose.pmd 292 9/1/2008, 10:38

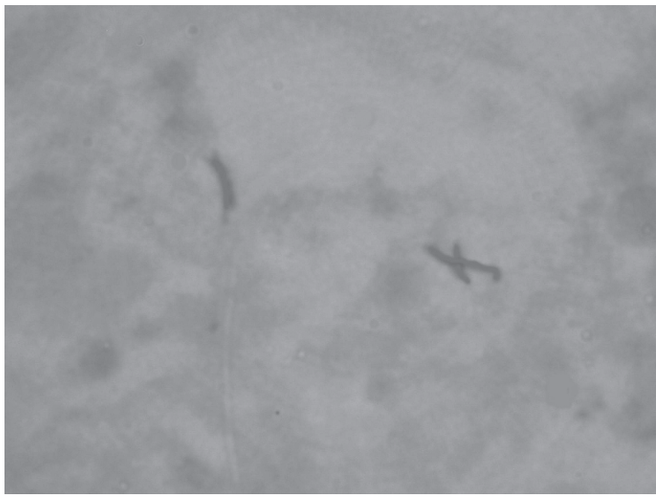


Figura 4 – Bacilos álcool–ácido-resistentes na zona de erosão com coloração Ziehl–Neelsen, utilizando objetiva de imersão, com aumento de 1000x.

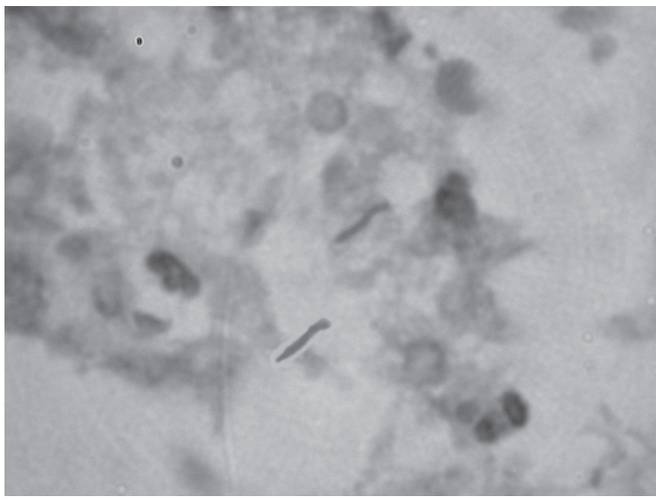


Figura 5 – Bacilos álcool–ácido-resistentes na zona de erosão com coloração Ziehl–Neelsen, utilizando objetiva de imersão, com aumento de 1000x.

DISCUSSÃO

A tuberculose é a principal causa, em todo o mundo, de mortalidade em pessoas infectadas pelo HIV, correspondendo a 13% das mortes relacionadas ao último. Ademais, aproximadamente 20% dos casos de TBC extrapulmonar nos EUA estão associados com infecção pelo HIV, sendo que mais de 50% dos diagnósticos de TBC em indivíduos com SIDA avançada têm manifestações extrapulmonares (1).

A TBC pode envolver qualquer parte do trato gastrointestinal, da boca ao ânus, peritônio e sistema bílio-pancreático. Tais locais ocupam a sexta posição em termos de freqüência de envolvimento extrapulmonar, atrás de tuberculose linfática, gênito-urinária, osteoarticular, miliar e meníngea (3). Enquanto a topografia gastrintestinal mais comumente acometida é a região íleocecal, a localização gástrica é extremamente rara (4, 5). O estômago representa apenas 1% dos casos de tuberculose abdominal (3). Alguns motivos para o fato são a escassez de linfonodos na parede gástrica, integridade da mucosa, acidez gástrica e rápida passagem de alimentos ingeridos através do estômago (3, 5, 7, 8). No estômago, o ponto mais acometido é o antro (9, 10). A TBC gástrica pode mimetizar neoplasia gástrica maligna ou úlcera péptica (10).

O diagnóstico diferencial das úlceras gástricas engloba causas variadas. Entre estas, podemos citar infecção por *Helicobacter pylori*, herpes simples ou citomegalovírus (11, 12), uso de antiinflamatórios não hormonais, úlceras mediadas por ativação hormonal (gastrinomas) (13) e aquelas associadas a doenças infiltrativas e sistêmicas (14).

Se, por um lado, as úlceras pépticas genericamente são as causas mais comuns de hemorragia digestiva alta, tal manifestação é extremamente incomum na tuberculose gástrica (4, 6, 15). Poucos casos são descritos na literatura (6, 8, 16, 17, 18, 19). Em um estudo realizado em University Hospitals of Leicester, UK, de 36 pacientes do serviço com diagnóstico de tuberculose gástrica, nenhum apresentou-se com hemorragia digestiva. Além disso, a confirmação por biópsia via endoscópica é difícil, de maneira que bacilos álcool-ácidos-resistentes infreqüentemente são demonstrados (20), não superando taxas de 29%, como no estudo retrospectivo realizado com 260 pacientes na Índia (21).

Nosso relato ilustra um caso incomum de paciente com SIDA que teve estabelecido o diagnóstico de tuberculose gástrica disseminada a partir de uma apresentação com hemorragia digestiva alta. Cabe-nos, portanto, ressaltar a importância de um alto índice de suspeição diagnóstica com relação TBC no paciente sidético, particularmente as formas extrapulmonares, mesmo que se manifestando de forma não usual e em locais pouco comuns. Isso é particularmente importante, já que a rápida instituição do tratamento costuma ser decisiva na redução da mortalidade de tal condição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Johnson MD, Decker CF. Tuberculosis and HIV Infection. Dis Mon 2006; 52: 420-7.
2. Latin America /Aids Epidemic UPDATE 2006: 48-52.
3. Shrma MP, Bhatia V. Abdominal Tuberculosis. Indian J Med Res 2004; 120: 305-15.
4. Talukdar R, Khanna S, Saikia N, Vij JC. Gastric Tuberculosis presenting as lini-

15-123-apresentação de tuberculose.pmd 293 9/1/2008, 10:38

tis plástica: a case report and review of literature. Eur J Gastroenterol Hepatol 2006;18: 299-303.
5. Amarapurkar DN, Patel ND, Amarapurkar AD. Primary Gastric Tuberculosis – report of 5 cases. BMC gastroenterol 2003; 3:6.
6. Wig JD, Vaiphei K, Tashi M. Kochhar R. Isolated Gastric tuberculosis Presenting as Massive Hematemesis: Report of a Case. Surg Today 2000; 30: 921-2.
7. Balikian JP, Yenikomshiam SM, Jidejian YE. Tuberculosis of the pyloro-duodenal area. Am J Roentgenology *Radium Ther Nucl Med* 1967; 101: 414-20.
8. Kuganeswaran E, Smith OJ, Quiason SG, et al. Both massive upper and lower gastrointestinal hemorrhage secondary to tuberculosis. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 270-2.
9. Brody JM, Miller DK, Zeman RK, et al. Gastric Tuberculosis: A Manifestation of Acquired Immunodeficiency Syndrome. Radiology 1986; 159: 347-8.
10. Sharma D, Gupta A, Jain BK, et al. Tuberculous Gastric Perforation: Report of a Case. Surg Today 2004; 34: 537-41.
11. Archimandritis A, Markoulatos P, Tijvras M, et al. Herpes simplex virus types 1 and 2 and cytomegalovirus in peptic ulcer disease and non-ulcer dyspepsia. Hepatogastroenterology 1992; 39: 540-1.
12. Campbell DA, Piercey JR, Shnitka TK, et al. Cytomegalovirus– associated gastric ulcer. Gastroenterology 1977; 72: 533-5.
13. Mko JB, Norton JA. Manegement of patients with Zollinger-Ellison syndrome. Annu rev Med 1995; 46: 395-411.
14. Langman KJ, Cooke AR. Gastric and duodenal ulcer and their associated diseases. Lancet 1976; 1: 680-3.
15. Meaden C, Makin AJ. Diagnosis and treatment of pacients with gastrointestinal bleeding. Curr Anaesth Crit Care 2004; 15: 123-32.
16. Quartrill SJ, Archer GI, Hall RJ. Gastric tuberculosis presenting with massive hematemisis in association with acute leukemia. Am J Gastroenterol 1996; 91: 1259-60.
17. Rathnaraj S, Singh SK, Verghese M. Gastric tuberculosis presenting with hematemisis. Ind J Gastroenterol 1997; 16: 110-1.
18. Goh SH, Ravintharan T, Sim CS, Chng HC. Gastric ulceration with acute bleeding from tuberculosis of the stomach – a case report. Ann Acad Med Singapore 1994; 23: 903-6.
19. Sharma BL, Prasad DK, Singh K. Gastroduodenal tuberculosis presenting with massive hematemisis in pregnant woman; J Clin Gastroenterol 2000; 30:336.
20. Rai S, Thomas WM. Diagnosis of abdominal tuberculosis: the importance of lapaoscopy. J R Soc Med, 2003; 96: 586-8.
21. Patel N, Amarapukar D, Agal S, et al. Gastrointestinal luminal tuberculosis: Establishing the diagnosis. J Gastroenterol Hepatol 2004; 19: 1240-6.

15-123-apresentação de tuberculose.pmd 294 9/1/2008, 10:38