Tuberculose exclusivamente colônica em paciente com HIV

Colonic tuberculosis in patient with HIV

Taniela Marli Bes[1], Guilherme José Morgan[1], Eduardo de Barros Coelho Bicca[2], Kamylla Schmalfuss Schaidhauer[3], Heitor Alberto Jannke[4]

RESUMO

A coinfecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e pelo *Mycobacterium tuberculosis* pode elevar em 25 vezes o risco de desenvolver a tuberculose-doença. Mesmo assim, o comprometimento do cólon pela tuberculose é extremamente incomum. Relatamos um caso de paciente HIV positivo com tuberculose colônica.

UNITERMOS: Tuberculose, Tuberculose Gastrointestinal.

ABSTRACT

Co-infection with the human immunodeficiency virus (HIV) and Mycobacterium tuberculosis may increase by 25-fold the risk of developing tuberculosis. Nevertheless, commitment of the colon by tuberculosis is extremely unusual. Here we report the case of a HIV-positive patient with colon tuberculosis.

KEYWORDS: *Tuberculosis, Gastrointestinal Tuberculosis.*

INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma infecção oportunista causada principalmente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (1, 2). A tuberculose, típica doença pulmonar, pode acometer outros órgãos. Das formas extrapulmonares a intestinal é raramente representada (1-3), sendo o local de escolha a região íleo-cecal, devido à estase, significativa quantidade de tecido linfoide e ao mecanismo de absorção intestinal elevado neste segmento (1-5).

Vários fatores têm sido implicados no aumento da incidência de tuberculose, principalmente a infecção por HIV, doenças sistêmicas associadas com disfunção imunológica, doença renal crônica, uso prolongado de imunossupressores, imigração para sítios de alta prevalência ou graves problemas sociais, como a pobreza, a moradia, e o abuso de drogas (1-3, 5).

A coinfecção pelo HIV e pelo *Mycobacterium tuberculosis* pode elevar em 25 vezes o risco de desenvolver a tuberculose-doença, que acomete hoje 25 milhões de pessoas no mundo (3). A forma extrapulmonar geralmente se faz presente em 23,9% desses pacientes (5).

Reportamos um raro caso de tuberculose exclusivamente colônica, em ângulo hepático, cuja localização é bastante infrequente, em paciente HIV positivo, sem foco pulmonar primário detectado, visando lembrá-la como hipótese diagnóstica em casos similares.

RELATO DO CASO

Paciente feminino, de 59 anos, internou por dor abdominal, diarreia crônica, vômitos e anorexia sete meses antes. Durante a investigação, diagnosticou-se HIV,

[1] Acadêmico de Medicina.
[2] Mestre. Professor-adjunto de Patologia da Universidade Católica de Pelotas.
[3] Médica residente do Serviço de Cirurgia Geral da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande.
[4] Doutor. Professor-titular de Patologia do curso de Medicina da Universidade Católica de Pelotas.

através do teste anti-HIV por método ELISA. Não se evidenciaram alterações no raio X de tórax. Na laparotomia exploradora por abdômen agudo, encontrou-se um tumor em flexura hepática. A paciente evoluiu de forma estável e foi encaminhada para a enfermaria, onde houve piora do quadro clínico, evoluindo para sepse abdominal e necessidade de reintervenção, realizando-se colectomia e ileostomia. A peça examinada, no estudo anátomo-patológico, consistia de segmento de cólon direito, onde se identificou úlcera circunferencial medindo 8,0 cm no maior eixo e numerosos grânulos proeminentes no peritônio (Figura 1 e 2). Ao corte, a lesão infiltrava toda a parede e peritônio (Figura 1). O diagnóstico microscópico foi de granulomas tuberculoides extensos e confluentes com extensas áreas caseosas (Figura 3), sugestivas de tuberculose, com pesquisa de BAAR positiva pela coloração de Ziehl Neelsen (ZN). A paciente evoluiu com sepse abdominal, choque séptico, falência múltipla de órgãos e óbito.

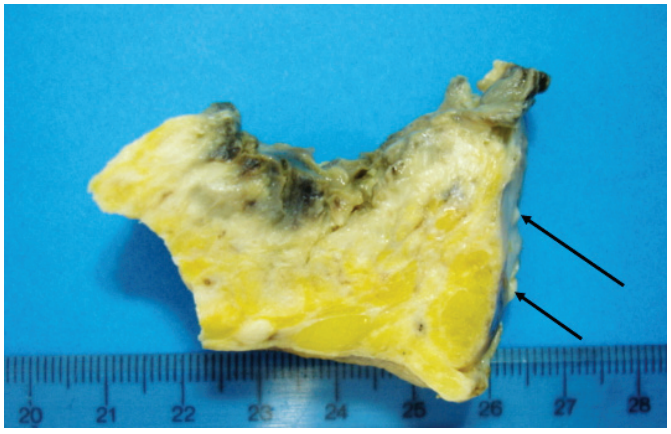


FIGURA 1 – Lesão escavada na forma de úlcera em parede colônica, vendo-se na macroscopia granulomas na serosa (setas).

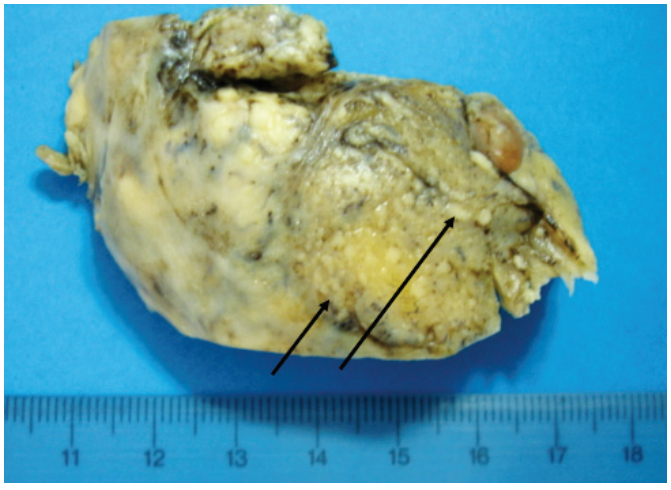


FIGURA 2 – Superfície serosa com numerosos granulomas tuberculoides proeminentes (setas).

DISCUSSÃO

A tuberculose estritamente colônica é bastante rara. Sua incidência diminuiu significativamente após a introdução do leite pasteurizado (1, 2), levando-se em consideração que uma das formas de contágio é pela ingestão de leite produzido por animais contaminados pelo *M. bovis*. Outras formas de aquisição são a deglutição de escarro com inoculação direta do agente, disseminação hematogênica, linfática e por contiguidade a partir de tuberculose em outro órgão abdominal (1, 2, 5). Ocasionalmente, a tuberculose intestinal pode, através da disseminação por contiguidade, levar à tuberculose peritoneal (7). Como resultado do aumento no número de indivíduos com HIV, pela difusão hemática, a tuberculose extrapulmonar é mais comum atualmente (1), assim como resistência a drogas antituberculosas (7).

Uma vez em nível intestinal, o agente tem preferência pela região íleo-cecal, dadas as características locais, onde o bacilo atravessa a mucosa do cólon até atingir o sistema linfático na submucosa, onde forma lesões granulomatosas acompanhadas de necrose e linfangite (1). Em estágios avançados, pode causar obstrução intestinal e íleo paralítico.

Macroscopicamente, as lesões podem ser ulcerativas, mais frequentes, hipertróficas, hipertrófico-ulcerativas e escleróticas (2). Histologicamente, a lesão característica consta de inflamação granulomatosa, necrose, células gigantes e macrófagos (1, 4). Os granulomas sem necrose central são mais encontrados, porém os com necrose central são mais específicos (4).

Clinicamente, a dor abdominal simulando apendicite e massa palpável são achados comuns, assim como perda ponderal, febre, anemia, anorexia e diarreia. A complicação mais frequente é a obstrução intestinal, na maioria das ve-

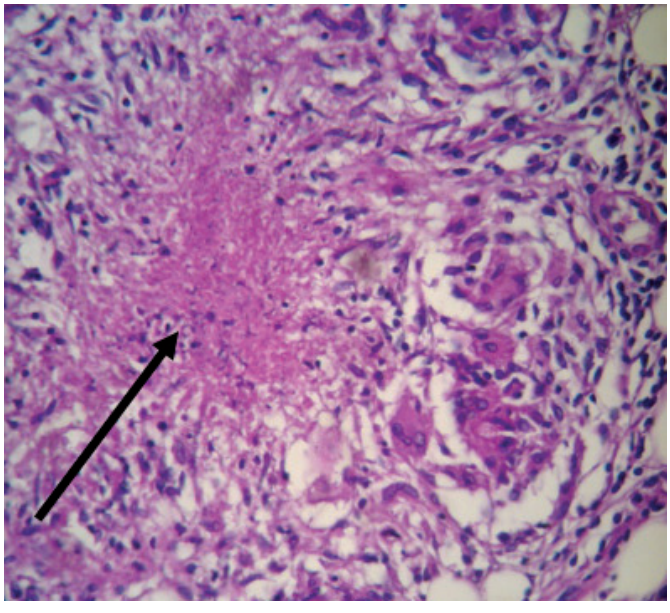


FIGURA 3 – Na microscopia granuloma torpe com necrose caseosa central (seta), cercado por células gigantes e histiócitos. (HE).

zes intermitente e parcial. Perfuração e hemorragia intestinais podem ocorrer, embora sejam raras (1, 2, 5).

Devido ao grande número de doenças que entram no diagnóstico diferencial (doença inflamatória intestinal, principalmente a doença de Crohn, neoplasias malignas do cólon, diarreia infecciosa, linfomas não Hodgkin, sarcoidose, amebíase, histoplasmose, apendicite, yersiniose, entre outras), existe uma grande dificuldade no diagnóstico etiológico final (2, 3, 5).

Testes diagnósticos de alta sensibilidade e especificidade para tuberculose colônica são de difícil acesso, o que contribui para a dificuldade diagnóstica, sendo o diagnóstico pré-operatório raro (2). A reação de Mantoux (PPD), usada para pesquisa do bacilo, tem valor diagnóstico limitado, pois não distingue doença ativa de sensibilização prévia, com baixa sensibilidade e especificidade (1, 2). A tomografia computadorizada de abdômen mostra lesões sugestivas em pouco mais de 50% dos casos (1). O exame padrão ouro para o diagnóstico da tuberculose intestinal é a biópsia intestinal guiada por colonoscopia, que mostra exatamente os pontos de infecção granulomatosa, assim como os achados microscópicos (1, 3). Desse modo, ainda encontram-se casos em que a terapia antituberculosa é iniciada sem exames comprobatórios, apenas com dados clínicos, pois o tratamento adequado da tuberculose também reduz a velocidade de progressão do HIV para SIDA (3,5). A cirurgia é considerada em casos de complicações, principalmente perfurações, fístulas, obstruções e hemorragias, pois estas aumentam significativamente o risco de mortalidade do paciente (1).

COMENTÁRIOS FINAIS

Ressaltamos que, devido ao importante aumento no número de pacientes com fatores de risco, como a infecção pelo HIV, vem elevando-se a incidência de tuberculose intestinal, particularmente a colônica, devendo-se considerá-la também frente a um paciente com dor abdominal e diarreia crônica, visando ao diagnóstico e à terapêutica precoces, determinando um prognóstico mais favorável.

REFERÊNCIAS

1. Sáenz EV, Magro PMH, Fernández JFAT, Ovalle MV. Colonic Tuberculosis. Dig dis sci. 2002;47(2):2045-8.
2. Souza HP, Breigeiron R, Vilhordo DW, Rossi LF, Pires Junior JV, Andres R. Tuberculose intestinal de localização colônica simulando neoplasia – Relato de caso. Sci Med. 2011;21(1):16-9.
3. Huang SP, Zhao YJ, Lu SH, Cheng JL, Feng YL. Pulmonary military tuberculosis and intestinal tuberculosis co-infected with AIDS. J Dig Dis. 2009;10:225-7.
4. Sousa R, Lage P, Rosa J, Nobre Leitão C. Tuberculose Cólica: Uma forma rara de apresentação clínica. J Port Gastrenterol. 2004;11:261-5.
5. Cala LM, Costa EY, Mora CS. Tuberculosis en el colon transverso. Presentación de un caso y revisión del tema. Ver Col Gastroenterol. 2009;24(3):303-6.
6. Kerr-Pontes LRS, Oliveira FAS, Freire CAM. Tuberculose associada à AIDS: situação de região do Nordeste brasileiro. Rev Saúde Pública. 1997;31(4):323-9.
7. Rubio T, Gaztelu MT, Calvo A, Repiso M, Sarasíbar H, Jiménez Bermejo F. *et al.* Tuberculosis abdominal. Anales Sis San Navarra. 2005;28(2):257-60.

✉ Endereço para correspondência
Taniela Marli Bes
Rua Santa Cruz, 1470/1505
96.015-710 – Pelotas, RS – Brasil
☎ (53) 3303-4544 / (53) 9942-1085
tanielabes@hotmail.com

Recebido: 26/8/2012 – Aprovado: 20/11/2012