

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM

ALEXANDRE SKLIAS DA SILVA
CAIO COLNAGO DANIEL ALVES
TIAGO ZOUAIN FIGUEIREDO

TUBERCULOSE INTESTINAL: UM RELATO DE CASO

VITÓRIA
2021

ALEXANDRE SKLIAS DA SILVA
CAIO COLNAGO DANIEL ALVES
TIAGO ZOUAIN FIGUEIREDO

TUBERCULOSE INTESTINAL: UM RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola Superior de
Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória –
EMESCAM, como requisito parcial
para obtenção do grau de médico.
Orientadora: Ana Paula Hamer
Sousa Clara

VITÓRIA
2021

ALEXANDRE SKLIAS DA SILVA
CAIO COLNAGO DANIEL ALVES
TIAGO ZOUAIN FIGUEIREDO

TUBERCULOSE INTESTINAL: UM RELATO DE CASO

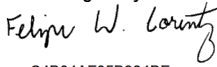
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovado em 18 de Maio de 2021

BANCA EXAMINADORA



Gastroenterologista. Dra. Ana Paula Hamer Sousa Clara.
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM. ORIENTADORA.

DocuSigned by:


Gastroenterologista. Dr. Felipe Welling Lorentz.
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória - EMESCAM. AVALIADOR

Fabiano
Quarto Martins

Assinado de forma digital por
Fabiano Quarto Martins
Dados: 2021.05.20 14:09:39
+03'00"

Gastroenterologista. Dr. Fabiano Quarto Martins.
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória - EMESCAM. AVALIADOR

Aos familiares, mestres e amigos.

Agradecemos primeiramente a Deus, por permitir a realização desse sonho, aos nossos familiares pelo amor e apoio incondicional que proporcionaram nossa formação como médicos. Somos muito gratos à nossa querida professora e orientadora Dra Ana Paula pela realização desse projeto.

“Não esmorecer para não desmerecer”

Oswaldo Cruz

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso de tuberculose intestinal. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo, observacional, retrospectivo, tipo relato de caso com discussão apoiada em literatura científica de artigos originais nos bancos de dados Medline, Pubmed, LILACS, SciELO e BVS. **Resultado:** Paciente do sexo feminino, 37 anos, parda, residente de Cariacica-ES, relatou em consulta ambulatorial, que vinha apresentando perda ponderal de 10kg em 4 meses, anemia a esclarecer, fadiga, dispneia aos pequenos esforços, e alteração do hábito intestinal. Foi encaminhada para o ambulatório de gastroenterologia devido a ileocolonoscopia que sugeria a possibilidade de doença de Crohn. Paciente iniciou corticoterapia com 40 miligramas por dia de prednisona, porém após resultado histopatológico da colonoscopia, radiografia de tórax e teste tuberculínico que reforçaram a hipótese diagnóstica de tuberculose pulmonar e intestinal, foi feito o desmame da prednisona e iniciado o esquema de antibioticoterapia com rifampicina, isoniazida, etambutol e pirazinamida. Após a instituição do tratamento a paciente evoluiu com melhora progressiva da sintomatologia. Nova ileocolonoscopia e histopatológico 7 meses após o início do tratamento evidenciaram normalização da mucosa intestinal. Após 11 meses do tratamento, a paciente apresentou melhora total dos sintomas e uma tomografia computadorizada de tórax e abdome evidenciaram cicatrização pulmonar e normalização da mucosa intestinal. A paciente teve alta do ambulatório do programa de tuberculose. **Considerações finais:** A tuberculose intestinal é uma manifestação incomum da tuberculose extrapulmonar. Espera-se que este estudo possa colaborar e ampliar o conhecimento sobre o assunto.

Palavras-chave: Tuberculose. Intestinal. Adulto.

ABSTRACT

Objective: To report a case of intestinal tuberculosis. **Method:** Qualitative, descriptive, observational, retrospective, case report type with discussion supported by scientific literature of original articles in the Medline, Pubmed, LILACS, SciELO and BVS databases. **Result:** Female patient, 37 years old, brown, resident of Cariacica-ES, reported in an outpatient consultation, who had been experiencing weight loss of 10 kg in 4 months, anemia to be cleared up, fatigue, dyspnea on small efforts, and altered bowel habit. She was referred to the gastroenterology clinic due to ileocolonoscopy that suggested the possibility of Crohn's disease. The patient started corticosteroid therapy with 40 milligrams per day of prednisone, but after histopathological result of colonoscopy, chest X-ray and tuberculin test that reinforced the diagnostic hypothesis of pulmonary and intestinal tuberculosis, the prednisone was weaned and the antibiotic therapy scheme with rifampin, isoniazid, ethambutol and pyrazinamide was started. After the institution of treatment, the patient evolved with progressive improvement of symptoms. New ileocolonoscopy and histopathology 7 months after the start of treatment showed normalization of the intestinal mucosa. After 11 months of treatment, the patient showed total improvement in symptoms and a computed tomography scan of the chest and abdomen showed images of healing. The patient was discharged from the tuberculosis program outpatient clinic. **Final considerations:** Intestinal tuberculosis is an uncommon manifestation of extrapulmonary tuberculosis. It is hoped that this study can collaborate and expand knowledge on this subject.

Keywords: Tuberculosis. Intestinal. Adult.

LISTA DE SIGLAS

Anti-VCA - Anticorpo anti Antígeno do capsídeo viral

BAAR - Bacilo álcool-ácido resistente

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

DC - Doença de Crohn

E - Etambutol

EDA - Endoscopia digestiva alta

H - Isoniazida

HAV - Vírus da Hepatite A

HCV - Vírus da Hepatite C

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

HSCMV - Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória

HUCAM - Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

PCR - Reação em cadeia de polimerase

PPD - Derivado proteico purificado

R - Rifampicina

SINAN - Sistema de Informação de Agravos e Notificação

T3 - Triiodotironina

T4 - Tetraiodotironina

TB - Tuberculose

TBI - Tuberculose intestinal

VHS - Velocidade de hemossedimentação

Z - Pirazinamida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS.....	14
1.1.1 objetivo primário.....	14
1.1.2 objetivos secundários.....	14
1.2 JUSTIFICATIVA.....	14
2 METODOLOGIA	15
2.1 TIPO DE ESTUDO	15
2.2 LOCAL DA INVESTIGAÇÃO	15
2.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	15
2.3.1 Critérios de inclusão e de exclusão.....	16
3 RELATO DE CASO	16
4 DISCUSSÃO	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é um importante problema de saúde pública em países em desenvolvimento, como o Brasil. No ano de 2019 foram diagnosticados 73.864 novos casos de TB, a principal causa de morte por um único agente infeccioso. A doença afeta desproporcionalmente pessoas do sexo masculino, adultos jovens, em países de baixa renda, apontando para a associação entre a ocorrência de TB e fatores socioeconômicos.¹

O *Mycobacterium tuberculosis* é o patógeno responsável pela maioria dos casos de TB intestinal. O *Mycobacterium bovis*, organismo encontrado em laticínios contaminados, é responsável por alguns casos, embora incomuns nos países ocidentais. As infecções por *Mycobacterium Avium* e *Mycobacterium Africanum* são muito raras.²

A tuberculose intestinal (TBI) se desenvolve em até 70% dos casos através da ingestão do escarro infectado em caso de uma TB pulmonar ativa. Outras vias incluem a disseminação hematogênica ou por contiguidade de órgãos adjacentes. As áreas ileocecal e jejunoileal são os sítios mais comuns devido à alta densidade do tecido linfático e da estase fisiológica do bolo fecal. Em estudos, a região ileocecal está envolvida em até 90% dos casos de TBI.³

A TBI é uma manifestação incomum de TB extrapulmonar, afeta principalmente imunodeprimidos, com importante correlação com a infecção pelo vírus HIV. A TBI pode ser classificada como forma ulcerativa, apresentando-se com múltiplas úlceras, forma hipertrófica com formação de cicatrizes, fibrose e uma aparência em forma de massa, que mimetizam um carcinoma e a forma ulcerativa-hipertrófica com características mistas (60%, 10% e 30% dos casos, respectivamente).⁴

Pacientes com TBI podem apresentar dor abdominal, perda de peso, sudorese noturna, febre baixa, massa abdominal palpável, malabsorção e alteração de hábito intestinal. Os sintomas da TBI não são específicos para um diagnóstico preciso, muitas doenças possuem as mesmas características clínicas. Os diagnósticos diferenciais incluem apendicite, neoplasia intestinal, isquemia mesentérica, vasculites (Henoch-Schönlein, doença de Behçet, poliarterite

nodosa e lúpus eritematoso sistêmico), colite granulomatosa crônica, sarcoidose, enterites relacionadas a drogas e principalmente doença inflamatória intestinal, em especial a doença de Crohn (DC).⁴

Diferenciar a TBI da DC permanece um desafio clínico, especialmente em regiões onde a prevalência de TB é alta e a incidência de DC vem aumentando. A TBI e a DC compartilham sintomas como dor abdominal, massas abdominais palpáveis, febre, alteração do hábito intestinal e hematoquezia. Os aspectos endoscópicos também são parecidos, ambos podem ter ulcerações, pseudopólipos, estreitamento luminal e nodularidades na válvula ileocecal. Assim como a DC, a TBI pode envolver qualquer parte do TGI, no entanto, o esôfago, estômago, retossigmóide e o canal anal são menos frequentemente acometidos.⁵

Alguns parâmetros favorecem a hipótese diagnóstica de DC ou de TBI. Achados que pesam para a hipótese diagnóstica de DC são hematoquezia, doença perianal, obstrução intestinal e manifestações extraintestinais; achados endoscópicos de úlceras longitudinais, aparência de pedras de calçamento, estreitamento luminal e envolvimento retal; achados na enterotomografia de espessamento mural assimétrico, sinal do pente e proliferação fibrogordurosa e achados histopatológicos de granuloma não caseoso e colite focalmente intensificada. Pesam a favor da TBI a febre, sudorese noturna, envolvimento pulmonar e ascite; achados endoscópicos de úlceras transversais, dilatação da válvula ileocecal e envolvimento cecal; achados patológicos de granulomas submucosos, úlceras revestidas por histiócitos; e achados radiológicos na enterotomografia computadorizada de envolvimento de um segmento intestinal curto.⁵

A necrose caseosa na biópsia, uma cultura bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) positiva e necrose linfonodal visto na tomografia computadorizada são os únicos parâmetros com 100% de especificidade para TBI, no entanto, o uso desses achados para a definição do diagnóstico é limitado pela sua baixa sensibilidade.⁶

As taxas de falhas diagnósticas chegam a 50-70% mesmo em países endêmicos de tuberculose. Pacientes com TBI frequentemente sofrem de

atraso no diagnóstico e no início da terapia anti-tuberculínica, o que leva a um aumento na morbidade e mortalidade, especialmente em casos presumidos de doença inflamatória intestinal onde a terapia imunossupressora é instituída erroneamente.⁷

A colonoscopia com amostras de biópsia para histopatologia, BAAR, Reação em Cadeia de Polimerase (PCR) e cultura, além do estudo radiológico com enterotomografia ou enterorressonância magnética constituem a propedêutica diagnóstica da doença.⁶

As evidências atuais sugerem que TB-PCR é promissor e possui alta especificidade (95%) na diferenciação de TBI e DC. No entanto, deve-se manter em mente que um resultado negativo não exclui TBI devido sua baixa sensibilidade (47%).⁸

O esquema de tratamento da TB é padronizado e compreende duas fases: fase de ataque e a de manutenção. A fase de ataque tem como função reduzir rapidamente a população de bacilos e a eliminação dos bacilos com resistência natural a algum medicamento. Como consequência dessa fase, temos uma diminuição da contagiosidade, são associados quatro medicamentos com alto poder bactericida, são eles: Rifampicina (R), Isoniazida (H), Etambutol (E) e Pirazinamida (Z) sendo conhecido como esquema RHZE. Já a fase de manutenção tem como objetivo eliminar os bacilos latentes ou persistentes, e a redução da possibilidade de recidiva da doença. Nessa fase, mantém-se apenas dois medicamentos com maior poder bactericida e esterilizante, Rifampicina e Isoniazida, esquema RH, com boa atuação em todas populações bacilares. O esquema básico de tratamento para adultos e adolescentes (maiores que 10 anos) são 2 meses dos medicamentos RHZE, que corresponde a fase de ataque, completando-se com 4 meses dos medicamentos RH, que finalizam a fase de manutenção. Esquemas especiais com outros fármacos ou tempo maior de tratamento, variam de acordo com particularidades da doença ou do paciente.¹

A TBI comumente responde ao tratamento medicamentoso e a sua iniciação precoce ajuda a prevenir complicações cirúrgicas. A obstrução intestinal é considerada a complicação mais comum (24%), com alta morbidade, a

perfuração está relacionada à maior mortalidade e pode ocorrer em cerca de 11% dos casos de TBI. ⁷

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo primário

Relatar um caso de uma paciente com tuberculose intestinal.

1.1.2 Objetivos secundários

Colaborar com as informações científicas sobre a tuberculose intestinal;
Ampliar o conhecimento sobre as manifestações clínicas da tuberculose intestinal, bem como o diagnóstico diferencial de úlceras no intestino.

1.2 JUSTIFICATIVA

As taxas de mortalidade e morbidade são elevadas nos casos em que há atraso no diagnóstico. Os pacientes acometidos apresentam sinais clínicos inespecíficos o que resulta em dificuldade para identificação dessa patologia. Entretanto, o diagnóstico e o tratamento precoces podem promover elevada chance de cura. ⁶

Com a descrição do presente relato de caso, pretende-se contribuir com a comunidade médica ao exemplificar como foi conduzido um caso de tuberculose intestinal, desde a conduta inicial até o desfecho. Disponibilizar informações sobre a conduta e propedêutica a ser tomada diante de novos casos similares que possam surgir, colaborar para o aumento do conhecimento sobre o assunto, para que se aproxime cada vez mais do objetivo primordial de um melhor atendimento ao paciente e maior segurança na decisão de propedêuticas e terapêuticas a serem empregadas. Além de encorajar a pesquisa e a busca do diagnóstico precoce em pacientes com doenças que não são corriqueiramente diagnosticadas, a divulgação do caso poderá fortalecer a medicina baseada em evidências e proporcionar discussão sobre novas abordagens para essa enfermidade. ⁶

2 . METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo qualitativo, descritivo, observacional, retrospectivo, tipo relato de caso baseado em dados obtidos em prontuário médico do paciente, já arquivados no sistema computadorizado do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV).

O modelo proposto é para elaboração de um trabalho de conclusão de curso (TCC). Foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A descrição do caso foi realizada com apoio de literatura de relatos de casos, artigos de revisão, artigos originais nos bancos de dados *Medline*, *Pubmed*, LILACS, SciELO, BVS, utilizando as palavras-chave dos descritores da saúde: Tuberculose. Intestinal. Adulto. Foram selecionados artigos publicados em revistas nacionais e internacionais em português ou inglês e livro texto com informações específicas sobre o assunto.

2.2 LOCAL DA INVESTIGAÇÃO

No Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, na rua Dr. João dos Santos Neves, 143 - Vila Rubim, Vitória - ES, 29025-023

2.3 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, a realização do trabalho ocorreu após a autorização do CEP. O paciente recebeu alta hospitalar e está curado desta doença. Nos procedimentos de acesso aos dados eletrônicos foram assegurados a confidencialidade e a privacidade, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidade, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

As informações éticas obedecem às exigências do Conselho Nacional da Saúde, Resolução no 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Número do Parecer Consubstanciado do CEP: 4.674.960.'

2.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

O **critério de inclusão**: paciente adulto portador de tuberculose intestinal.

Os **critérios de exclusão**: pacientes que apresentaram outras patologias que não tuberculose intestinal.

3. RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 37 anos, parda, residente de Cariacica-ES, enfermeira, nega tabagismo ou etilismo, com história patológica progressiva de câncer de tireoide tratada com tireoidectomia total em 2001, em uso de Levotiroxina 75 mcg por dia. Veio para consulta no serviço de cirurgia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV) no dia 26/03/2019 com anemia a esclarecer relatando perda ponderal de 10kg em 4 meses, fadiga, dispneia aos pequenos esforços, cólica abdominal difusa há 3 meses associada a alteração do hábito intestinal, com fezes endurecidas e com presença de muco. Devido às queixas gastrointestinais e anemia, foi solicitada uma endoscopia digestiva alta (EDA) e uma ileocolonosopia que foram realizadas no dia 18/04/2019. A EDA evidenciou gastrite enantematosa leve de antro e teste da urease negativo. A ileocolonosopia evidenciou ileíte ulcerativa-hipertrófica de moderada atividade. Proctite ulcerativa leve. Aspecto endoscópico pode corresponder a doença inflamatória intestinal. Suspeita de Doença de Crohn. (Figuras 1 e 2).

Figura 1 - Ileíte ulcerativa-hipertrófica de moderada atividade.



Fonte: Imagem cedida pelo serviço de endoscopia do HSCMV com autorização do Dr. Felipe Welling Lorentz.

Figura 2 - Ileíte ulcerativa-hipertrófica de moderada atividade.



Fonte: Imagem cedida pelo serviço de endoscopia do HSCMV com autorização do Dr. Felipe Welling Lorentz.

No dia 07/05/2019, a paciente compareceu à primeira consulta no serviço de gastroenterologia do HSCMV. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, anictérica, hidratada, corada, acianótica, afebril, sem edemas. Peso de 54,100 quilogramas. Aparelho cardiovascular: ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas sem sopros. Aparelho respiratório: eupneica, murmúrio vesicular fisiológico sem ruídos adventícios. Abdome atípico, com ruídos hidroaéreos presentes, indolor a palpação superficial e profunda, timpânico à percussão, traube livre e sem sinais de irritação peritoneal. Sob a hipótese diagnóstica de doença de Crohn, paciente iniciou corticoterapia com prednisona 40 mg/dia e com a proposta de iniciar azatioprina após exames laboratoriais (Tabela 1), sorologias e radiografia de tórax.

Tabela 1- Resultados dos exames laboratoriais.

Exames laboratoriais (14/05/2019)	Resultado	Valor de referência
Anti-HIV	Não reagente	X
Anti-HAV	IgG e IgM não reagentes	X
HBsAg	Não reagente	X
Anti-HBs	Reagente	X
Anti-HCV	Não reagente	X
Citomegalovírus	IgG reagente / IgM não reagente	X

Epstein-Baar	IgG reagente / IgM não reagente	X
Eritrograma	Hemoglobina 10,8 g/dL Hematócrito 32,5%	12,3 - 15,3 g/dL 35,9 – 44,6%
Leucócitos	10.600/mm ³	4,4 – 11 mil/mm ³
Plaquetas	284 mil/mm ³	150 - 450 mil/mm ³
Perfil de ferro	Transferrina 181,75 mcg/dL Ferritina 358 ng/mL Ferro sérico 46 mcg/dL	250 - 450 mcg/dL 12 - 122 ng/mL 50 -170 mcg/dL
Proteína C reativa	2,6 mg/dL	Inferior a 6,0
Vitamina D	25,7 ng/mL	15 - 60 ng/mL
VHS	75 mm	15 mm
Tireoide	T3 0,68 ng/dL / T4L 1,05 ng/dL TSH 0,030 mU/L Tireoglobulina 0,36 ng/mL Anti-tireoglobulina 11,99 UI/mL	70-204 / 0,9-2,3 ng/dL 0,4 - 4,2 mU/L 3 - 42ng/mL < 20 UI/mL
Vitamina B12	598 pg/mL	200 - 900 pg/mL
Calprotectina fecal	169 mcg/g	< 50 mcg/g
Enzimas hepáticas	TGO 11 U/L / TGP 20 U/L	Até 40 U/L

Fonte: laboratório de análises clínicas do HSCMV extraído do prontuário do ambulatório de gastroenterologia.

Em nova consulta no ambulatório de Gastroenterologia do HSCMV no dia 21/05/2019 paciente trouxe resultado do histopatológico de fragmentos do íleo terminal colhidos por meio de biópsias realizadas na colonoscopia que evidenciou “ileíte crônica granulomatosa com necrose no centro do granuloma, achados histológicos sugestivos de tuberculose ileal; mucosa retal com edema e inflamação crônica inespecífica”. A radiografia de tórax do dia 20/05/2019 evidenciava infiltrado reticulonodular em ápice direito com cavitação de permeio de parede fina. A paciente trouxe o cartão de vacinação atualizado conforme orientação médica. Sob a confirmação diagnóstica de tuberculose disseminada pulmonar e ileal, foi iniciado o desmame da prednisona e paciente foi encaminhada para o ambulatório do Programa de Tuberculose do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM).

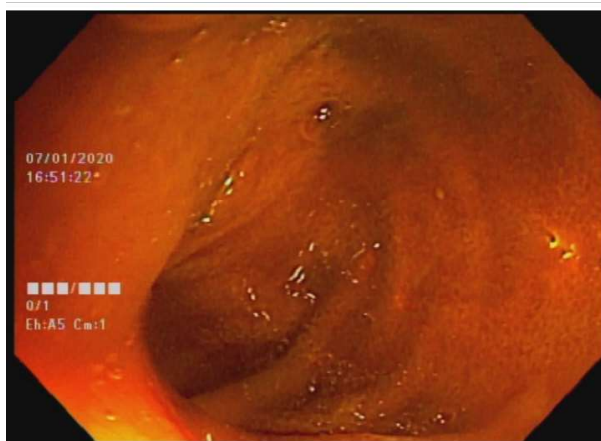
Em consulta no HUCAM no dia 29/05/2019 paciente realizou exame do Derivado Proteico Purificado (PPD) que teve como resultado 22 milímetros. O caso foi notificado no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) e foi iniciado o esquema de antibioticoterapia com rifampicina, isoniazida, etambutol e pirazinamida no dia 30/05/2019.

Paciente fez uso regular de RHZE por 2 meses como parte do tratamento de ataque. Após esse período manteve apenas RH como parte do tratamento de manutenção.

Em consulta no serviço de Gastroenterologia do HSCMV em setembro de 2019 após 4 meses de início do tratamento para tuberculose, paciente relatava melhora das queixas de cólica abdominal, fadiga e dispneia. Mantinha relato de fezes de aspecto alaranjado e pouca quantidade de muco, sem diarreia. Paciente pesava 56,400 kg em consulta, representando um ganho ponderal de 2kg em 4 meses.

Em janeiro de 2020, paciente realizou nova ileocolonosopia, que evidenciou cicatrização da mucosa do íleo terminal e sem sinais de doença inflamatória em atividade (Figura 3). O resultado do histopatológico das biópsias de fragmentos do íleo terminal evidenciou mucosa ileal dentro dos padrões da normalidade.

Figura 3 - Íleo distal sem alterações da mucosa.



Fonte: Imagem cedida pelo serviço de endoscopia do HSCMV com autorização do Dr. Felipe Welling Lorentz.

Paciente usou o esquema RHZE por 11 meses e evoluiu com resolução total da sintomatologia gastrointestinal e pulmonar. A ileocolonoscopia e o histopatológico mostraram a normalização da mucosa intestinal e uma tomografia computadorizada do tórax evidenciou imagem de cicatrização pulmonar e a tomografia de abdome não evidenciou alteração intestinal. Exames da última consulta no ambulatório de gastroenterologia do HSCMV (Tabela 2). Paciente teve alta do ambulatório do Programa de Tuberculose do HUCAM em julho de 2020.

Tabela 2 - Resultados dos Exames laboratoriais de seguimento

Exames laboratoriais (11-13/07/2020)	Resultado	Valores de referência
Eritrograma	Hemoglobina 11,2 g/dL Hematócrito 32,9%	12,3 - 15,3 g/dL / 35,9 – 44,6%
Leucócitos	5300/mm ³	4,4 – 11 mil/mm ³
Plaquetas	191 mil/mm ³	150 - 450 mil/mm ³
Ferritina	202 ng/mL	12 - 122 ng/mL
Proteína C reativa	0,3 mg/dL	Inferior a 6,0
Função renal	Ureia 20,7 mg/dL	15 - 40 mg/dL

	Creatinina 0,67 mg/dL	0,6 - 1,2
VHS	16 mm	15 mm
Tireoide	T4L 1,47 ng/dL TSH 0,050 mU/L tireoglobulina 0,23 ng/mL / anti-tireoglobulina 9,18 UI/mL	0,9-2,3 ng/dL 0,4 - 4,2 mU/L 3 - 42ng/mL < 20 UI/mL
Vitamina D	13,2 ng/mL	15 - 60 ng/mL
Vitamina B12	249 pg/mL	200 - 900 pg/mL
Perfil lipídico	Colesterol total 107 mg/dL LDL 52 mg/dL Triglicerídeos 82 mg/dL	Inferior a 200 Inferior a 100 Inferior a 150
Perfil glicêmico	Glicemia em jejum 86 mg/dL / Hb1Ac 4,6%	Inferior a 100 / Inferior a 5,7%
Enzimas hepáticas	TGO 21 U/L / TGP 18 U/L	Até 40 U/L

Fonte: Laboratório de análises clínicas do HSCMV extraído do prontuário do ambulatório de gastroenterologia.

4. DISCUSSÃO

O relato de caso visa somar à literatura com a discussão de um caso de tuberculose intestinal, manifestação incomum da tuberculose extrapulmonar e ainda menos frequente em pacientes HIV negativos. A tuberculose intestinal ocorre geralmente por ingestão de escarro infectado na vigência de uma tuberculose pulmonar ativa.³ A paciente descrita apresentava tuberculose pulmonar, que seria evidenciada posteriormente pela radiografia de tórax e reforçada pela sintomatologia respiratória. No entanto, as queixas gastrointestinais e uma anemia a esclarecer fizeram com que a sequência propedêutica seguisse por outro caminho, sendo solicitado EDA e ileocolonoscopia. Após a colonoscopia foi levantada a hipótese diagnóstica de DC, sendo um diagnóstico diferencial comum pela congruência de sintomas e achados endoscópicos.^{5,7}

As manifestações clínicas de um paciente com tuberculose intestinal são sintomas inespecíficos como dor abdominal, perda de peso, sudorese noturna, febre baixa, massa abdominal palpável, malabsorção e alteração de hábito intestinal.⁵ A paciente descrita apresentou como sintomatologia inicial uma perda ponderal importante, alteração do hábito intestinal com presença de muco nas fezes, distensão e cólica abdominal, tornando difícil o diagnóstico preciso sem os exames complementares.

A sintomatologia e a imagem da ileocolonoscopia não foram conclusivas na definição diagnóstica, mas o laudo sugeria a hipótese de DC. O fato da paciente ser profissional de saúde representava um fator de risco para TB¹, outro fator na anamnese da paciente que apontava na direção da tuberculose eram os sintomas respiratórios. A paciente relatava dispneia aos pequenos esforços. Esse dado aliado às queixas gastrointestinais poderia ter fortalecido o diagnóstico diferencial de tuberculose disseminada em pulmão e intestino, no entanto esse dado também passou despercebido na primeira consulta e essa hipótese não foi aventada a princípio pela raridade do diagnóstico de TBI. Além disso, o fato da paciente ser HIV negativa e procedente de uma região onde a DC é muito mais prevalente que a TBI⁹, embasaram o início da terapêutica imunossupressora com prednisona como tratamento de DC e a solicitação de exames laboratoriais e de imagem para iniciar a azatioprina, no entanto esse

plano terapêutico poderia representar uma possível causa de desfecho desfavorável em uma paciente com TBI.⁷

O desafio diagnóstico de TBI se dá pela baixa sensibilidade de exames com alta especificidade. No caso descrito o resultado do histopatológico da lesão no íleo, levado na consulta subsequente, de ileíte granulomatosa com necrose caseosa representa 100% de especificidade para TBI⁶, o que permitiu a definição diagnóstica precoce e a instituição da antibioticoterapia, melhorando o prognóstico da paciente.⁷

O tratamento padronizado para tuberculose pulmonar e extrapulmonar consiste em 2 meses de terapia de ataque com o esquema RHZE, seguido por 4 a 7 meses de RH como parte da fase de manutenção.⁹ A paciente descrita iniciou o esquema de antibioticoterapia para tuberculose com RHZE por 2 meses como parte da terapia de ataque, no entanto a fase de manutenção foi estendida por mais 9 meses com RH como parte da terapia de manutenção. A extensão do tempo de tratamento se deu pela indisponibilidade de um método laboratorial de controle de cura para tuberculose extrapulmonar e a demora para conseguir realizar a enterotomografia para avaliar a cicatrização da lesão. A paciente fez uso regular do medicamento durante todo esse período e evoluiu com melhora da sintomatologia e normalização da mucosa intestinal em nova ileocolonosopia realizada no 7º mês de tratamento e a tomografia realizada no 11º mês demonstrou cicatrização da lesão, permitindo a alta da paciente.

O caso relatado demonstra a importância do médico ponderar os diagnósticos diferenciais das lesões ulceradas no intestino e considerar a espera do laudo histopatológico como importante método para auxiliar na investigação diagnóstica e definição da conduta adequada. Especialmente porque o tratamento para as diferentes patologias podem ser divergentes a ponto que a instituição de uma terapêutica frente a uma hipótese errônea pode representar aumento na morbimortalidade caso a patologia subjacente seja outra.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso relatado busca ampliar o acesso da comunidade médica ao manejo de pacientes com tuberculose intestinal, bem como favorecer sua possível hipótese diagnóstica precoce. Incentivar médicos a buscar evidências clínicas amparadas na literatura científica para auxiliar as estatísticas brasileiras sobre essa doença.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico de Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2020; 40 (11)
2. Khan MK, Islam MN, Ferdous J, Alam MM. An Overview on Epidemiology of Tuberculosis. *Mymensingh Med J*. 2019;28(1):259-266.
3. Dilauro S, Crum-Cianflone NF. Ileitis: when it is not Crohn's disease. *Curr Gastroenterol Rep*. 2010;12(4):249-258.
4. Massalis I, Lampropoulos C, Efthymiou G, Papadima E. Multiple, large granulomas in a patient with extensive intestinal tuberculosis. *BMJ Case Rep*. 2012;2012:bcr2012007093. Published 2012 Dec 12. doi:10.1136/bcr-2012-007093
5. Limsrivilai J, Shreiner AB, Pongpaibul A, Laohapand C, Boonauwat R, Pausawasdi N, et al. Meta-Analytic Bayesian Model For Differentiating Intestinal Tuberculosis from Crohn's Disease. *Am J Gastroenterol*. 2017 Mar;112((3)):415–27.
6. Kedia S, Das P, Madhusudhan KS, et al. Differentiating Crohn's disease from intestinal tuberculosis. *World J Gastroenterol*. 2019;25(4):418-432. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6350172/> doi:10.3748/wjg.v25.i4.418
7. Kentley, J., Ooi, J.L., Potter, J., Tiberi, S., O'Shaughnessy, T., Langmead, L., Chin Aleong, J., Thaha, M.A. and Kunst, H. (2017), Intestinal tuberculosis: a diagnostic challenge. *Trop Med Int Health*, 22: 994-999.
8. Jin T, Fei B, Zhang Y, He X. The diagnostic value of polymerase chain reaction for *Mycobacterium tuberculosis* to distinguish intestinal tuberculosis from crohn's disease: A meta-analysis. *Saudi J Gastroenterol* 2017;23:3-10.
9. Donoghue HD, Holton J. Intestinal tuberculosis. *Curr Opin Infect Dis*. 2009;22(5):490-496. doi:10.1097/QCO.0b013e3283306712.