

# Perfil clínico-epidemiológico da tuberculose intestinal em pacientes de um hospital universitário

## *Clinical and epidemiological profile of intestinal tuberculosis in patients of a university hospital*

Rayanne Nunes Federici<sup>1</sup>, Cláudia Biasutti<sup>1</sup>

Recebido da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

### RESUMO

**OBJETIVO:** Estabelecer o perfil clínico-epidemiológico da tuberculose intestinal em pacientes assistidos em um ambulatório específico. **MÉTODOS:** Estudo descritivo e retrospectivo, no qual foram avaliadas as principais características da população com diagnóstico de tuberculose intestinal atendida em um hospital universitário e notificada de janeiro 2009 a junho de 2017. **RESULTADOS:** A população foi constituída na maioria por mulheres, com média de 47,7 anos, negativas para o anti-HIV e residentes na região metropolitana. Ao diagnóstico, 27,3% apresentavam alteração de hábito intestinal e 45,4% doença fistulizante/estenose. Quase todos os resultados do PPD foram positivos, e 100% das radiografias de tórax não possuíam anormalidades. No histopatológico do segmento intestinal, o achado mais prevalente foi o granuloma caseoso. **CONCLUSÃO:** A tuberculose deve ser investigada em pacientes com doença intestinal no nosso país.

**Descritores:** Tuberculose gastrointestinal/diagnóstico; Doença de Crohn/diagnóstico; *Mycobacterium tuberculosis*; Teste tuberculínico; Colonoscopia

### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** This study aims to establish the clinical-epidemiological profile of intestinal tuberculosis in patients assisted in a specific outpatient clinic. **METHODS:** This was a descriptive and retrospective study evaluating the main characteristics of the population with diagnosis of Intestinal tuberculosis treated at a University Hospital, and notified from

January 2009 to June 2017. **RESULTS:** The population consisted mostly of women, with a mean age of 47.7 years, negative for anti-HIV, and living in the metropolitan region of the city. At diagnosis, 27.3% presented changed bowel habits, and 45.4% fistulizing/stenosing disease. Almost all PPD results were positive and 100% of chest radiographs had no abnormalities. In the histopathology of the intestinal segment, the most prevalent finding was caseous granuloma. **CONCLUSION:** Tuberculosis should be investigated in patients with intestinal disease in our country.

**Keywords:** Tuberculosis, gastrointestinal/diagnosis; Crohn disease/diagnosis; *Mycobacterium tuberculosis*; Tuberculin test; Colonoscopy

### INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, a tuberculose apresenta importante impacto socioeconômico em nosso país. As apresentações clínicas possíveis desta infecção são as formas pulmonar e extrapulmonar. Apesar da maior prevalência das formas pulmonares, as extrapulmonares são frequentes no nosso meio e possuem o agravante de um diagnóstico mais difícil de ser estabelecido.<sup>(1)</sup>

A forma intestinal compõe 1,54% do total de notificações de tuberculose no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), no Espírito Santo. A fisiopatogenia inclui a reativação de foco de infecção latente ou disseminação hematogênica – este último no contexto de doença pulmonar ativa ou miliar. O microrganismo se multiplica no tecido linfático submucoso, no qual inicia reação inflamatória com linfangite, formação de granulomas, necrose caseosa, ulceração local e formação de cicatriz.<sup>(1)</sup> A região mais comum de acometimento é o segmento ileocecal, afetado em 75% dos casos de tuberculose intestinal (TI). Esta afinidade se deve a presença do tecido linfóide local exuberante.<sup>(1-3)</sup> Outros locais possíveis de envolvimento são cólon, jejuno, apêndice, duodeno, estômago, esôfago, sigmoide e reto.

A apresentação clínica é diversa e se confunde sobretudo com as doenças inflamatórias intestinais. Não raro, na prática clínica, pacientes recebem inicialmente outro diagnóstico antes da confirmação de TI, retardando a instituição do tratamento correto.

Este trabalho teve por objetivo descrever as características clínicas e laboratoriais da TI em população atendida em ambulatório especializado.

1. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Data de submissão: 22/02/2018 – Data de aceite: 10/03/2018

Conflito de interesse: não há.

Fonte de auxílio financeiro: não há.

#### Endereço para correspondência:

Rayanne Nunes Federici  
Avenida Marechal Campos, 1.355 – Santa Cecília  
CEP 29043-260 – Vitória, ES, Brasil – Tel.: (27) 995042645  
E-mail: rayfederici@gmail.com

## MÉTODOS

Estudo epidemiológico observacional, retrospectivo, baseado em pesquisa de prontuário do Programa de Tuberculose do HUCAM, no qual foram incluídos indivíduos com diagnóstico de TI com histopatológico de segmento acometido, notificados de janeiro de 2009 a junho de 2017.

Foram avaliados idade, sexo, local de residência, apresentação clínica, radiografia de tórax, PPD, sorologia para HIV, baciloscopia e cultura para micobactéria, e histopatológico da biópsia intestinal.

## RESULTADOS

Dos 11 indivíduos incluídos, observou-se que 54,5% eram do sexo feminino, 90,9% residentes na Grande Vitória, com média de idade de 47,7 anos e 18,18% eram infectados pelo HIV. No momento do diagnóstico, 27,3% dos indivíduos apresentavam abdome agudo, 45,45% doença anorretal fistulizante ou estenosante, e 27,3% alteração de hábito intestinal.

Do total dos pacientes, 27,27% tinham a hipótese inicial de doença de Chron, sendo reavaliados após insucesso do tratamento específico e diagnosticados com TI posteriormente.

Todos apresentavam radiografia de tórax normal. Foram submetidos ao PPD 54,4%. Destes, apenas um foi não reator, e os demais possuíam testes com resultado maior que 8mm.

Em 27,27% dos casos, foi demonstrada a presença de BAAR no histopatológico. Em 54,5% dos pacientes, as biópsias foram encaminhadas para baciloscopia e cultura para micobactéria da amostra, sendo 16,7% positivas com confirmação da cultura para *Mycobacterium tuberculosis*.

## DISCUSSÃO

A epidemiologia da TI é variável. A incidência dessa doença é maior no Paquistão, Turquia e África Ocidental, com população doente composta principalmente de adultos jovens e mulheres, achados compatíveis com nosso estudo. Entretanto, em trabalhos realizados na China, Cingapura e Reino Unido há relato de maior acometimento de homens.<sup>(4)</sup>

Dos pacientes com acometimento intestinal, de 15 a 25% têm doença pulmonar concomitante.<sup>(5)</sup> Na nossa pesquisa, não encontramos esta associação, provavelmente porque incluímos somente pacientes com diagnóstico de TI por meio de biópsia, o que limitou o número da amostra. Outra explicação para o fato talvez seja que, na presença de acometimento pulmonar, não se faça rotineiramente a investigação complementar do trato gastrointestinal para o diagnóstico presuntivo.

O acometimento extrapulmonar da tuberculose é mais prevalente em pacientes positivos para o HIV, sendo observado em cerca de 50% dos pacientes coinfectados pelo HIV e pelo *M. tuberculosis*, que é a forma ganglionar mais comum neste grupo. O risco de desenvolvimento de doença extrapulmonar aumenta com a evolução da doença e a imunossupressão. Neste estudo, 18,18% dos pacientes eram infectados pelo HIV e todos eles apresentaram PPD positivo, o que sugere que eles não possuíam imunossupressão severa.

Dentre todos os incluídos no trabalho, o teste tuberculínico foi realizado somente em 54,4% dos indivíduos, provavelmente porque apenas nesses casos a hipótese de TI foi considerada – ou porque o acesso a este exame foi difícil, visto que houve falta de insumo para sua realização no nosso país em alguns momentos.<sup>(7)</sup> A taxa de positividade do teste foi de 83,3%, e todos os resultados positivos foram maiores ou iguais a 8 mm, refletindo a elevada sensibilidade do método para esse diagnóstico. Ressaltamos que ele não é um teste confirmatório, porém é mais uma ferramenta de baixo custo e fácil realização, que pode ser usada na propedêutica de investigação de TI.

A apresentação clínica da TI depende do local e do tipo de acometimento. As manifestações incluem sinais sistêmicos, como febre, fadiga, astenia, emagrecimento e sudorese noturna; sinais de envolvimento por contiguidade, como ascite e linfonodomegalia; e sinais de doença úlcero-obstrutiva, como cólica intestinal, distensão abdominal, diarreia, náuseas, constipação e sangramento. A alteração do hábito intestinal é comum. A diarreia ocorre em 11 a 37% dos pacientes, e a constipação em quase metade dos doentes, corroborando os achados deste trabalho, no qual esta apresentação ocorreu em 27% dos casos. A hemorragia digestiva baixa geralmente é pouco volumosa e ocorre em 5 a 15% dos casos de TI, porém, em nossa pesquisa, não encontramos esta descrição. Fístula e estenose intestinal podem ocorrer, semelhantemente a doenças inflamatórias intestinais, as quais constituem o principal diagnóstico diferencial. Neste relato, 46% dos pacientes tinham doença intestinal fistulizante e/ou estenosante ao diagnóstico, o que reflete a importância desta apresentação clínica e da investigação para tuberculose neste grupo de pacientes. A complicação mais frequente é a obstrução intestinal secundária a estenose ou aderências.<sup>(2,6,7)</sup> Em nosso estudo, 27% foram atendidos com quadro clínico abdome agudo.

A colonoscopia com biópsia é fundamental para elucidação do diagnóstico. Os achados endoscópicos da TI são variados e incluem úlceras circunferenciais cercadas por mucosa inflamada, que formam restrições durante o processo de cicatrização e podem perfurar, sangrar ou formar fistulas,<sup>(8)</sup> estenoses, pseudo-pólipos ou deformidades em região ileocecal.<sup>(9)</sup> O material da biópsia deve ser avaliado por microbiologia e histopatologia. Encontramos taxa de positividade de cultura para *M. tuberculosis* de 16,7% do tecido intestinal, o que confirma os achados de literatura com baixa sensibilidade deste método no material avaliado. Na histopatologia, granuloma caseoso e bacilo álcool-ácido resistente à coloração de Ziehl-Neelsen foram observados em menos de 33% dos casos.<sup>(9,10)</sup> Destes, a presença de BAAR representou 27,27%, e os 72,73% restantes apresentavam granuloma caseoso.

Devido à diversidade de sintomas, à variedade de manifestações endoscópicas e à baixa positividade dos métodos de investigação, é comum pacientes com TI receberem outros diagnósticos, sobretudo de doença de Crohn.<sup>(11)</sup> A dificuldade se encontra na sobreposição dessas características. Ambas são doenças granulomatosas e possuem apresentação clínica semelhante, com alteração do hábito intestinal, doença fistulizante/estenosante e manifestações sistêmicas. A correta distinção entre as duas é fundamental, uma vez que o uso de drogas imunossupressoras

está associado à piora clínica em pacientes com TI, enquanto que o uso desnecessário de drogas tuberculostáticas leva ao risco de hepatotoxicidade entre outros efeitos colaterais.

## CONCLUSÃO

Embora a tuberculose seja doença endêmica no Brasil, a forma intestinal ainda é subdiagnosticada devido à sua apresentação clínica diversa. A distinção dentre outras patologias permanece um desafio diagnóstico de grande importância. Reforçamos que, frente ao paciente com doença intestinal, a tuberculose deve ser investigada.

Esse trabalho contribuiu para o maior conhecimento do perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de tuberculose intestinal no Estado do Espírito Santo. Além disso, encoraja mais estudos, a fim de ampliar o conhecimento sobre as formas extrapulmonares da tuberculose.

## REFERÊNCIAS

1. Rathi P, Gambhire P. Abdominal tuberculosis. *J Assoc Physicians India*. 2016;64(2):38-47.
2. Mendes WB, Batista CA, Lima HÁ de, Leite GF, Paula JF de, Porto WB, et al. Tuberculose intestinal como causa de obstrução intestinal: relato de caso e revisão de literatura. *Rev Bras Colo-Proctol*. 2009;29(4):489-92.
3. Capone D, Mogami R, Lopes AJ, Tessarollo B, Cunha DL da, Capone RB, et al. Tuberculose extrapulmonar. *Rev Hosp Universitário Pedro Ernesto*. 2006;5(2):54-67.
4. Donoghue HD, Holton J. Intestinal tuberculosis. *Curr Opin Infect Dis*. 2009;22(5):490-6.
5. Debi U, Ravisankar V, Prasad KK, Sinha SK, Sharma AK. Abdominal tuberculosis of the gastrointestinal tract: revisited. *World J Gastroenterol*. 2014;20(40):14831-40.
6. Petrosyan M, Mason RJ. Tuberculous enteritis presenting as small-bowel obstruction. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2006;(2)4:xxiii.
7. Ha HK, Ko GY, Yu ES, Yoon K, Hong WS, Kim HR, et al. Intestinal tuberculosis with abdominal complications: radiologic and pathologic features. *Abdom Imaging*. 1999;24(1):32-8.
8. Figueroa D, Guzman N, Isache C. Tuberculous enteritis: a rare complication of miliary tuberculosis. *Case Rep Infect Dis*. 2016;2016:6949834.
9. Alvares JF, Devarbhavi H, Makhija P, Rao S, Kottoor R. Clinical, colonoscopic, and histological profile of colonic tuberculosis in a tertiary hospital. *Endoscopy*. 2005;37(4):351-6.
10. Shah S, Thomas V, Mathan M, Chacko A, Chandy G, Ramakrishna BS, et al. Colonoscopic study of 50 patients with colonic tuberculosis. *Gut*. 1992;33(3):347-51.
11. Lodrup A, Eiholm S, Meyer C, Bremholm L. [Intestinal tuberculosis as a differential diagnosis of inflammatory bowel disease]. *Ugeskrift Laeger*. 2010;172(42):2902-3. Danish.