



ABDOME AGUDO PERFURATIVO POR TUBERCULOSE INTESTINAL EM PACIENTE SEM DOENÇA IMUNOSSUPRESSORA: RELATO DE CASO

CECILIO, L.R.¹; GOMES, A. S. A.; BELTRAME, E. C.; HABIB, G. T. G.; DA SILVA, G.M.;

¹HOSPITAL CENTRAL DA AERONÁUTICA

luisarcecilio@gmail.com

INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma patologia frequente em países tropicais e subdesenvolvidos. Sua forma intestinal usualmente se manifesta de forma concomitante a doença pulmonar, ainda que não seja forma exclusiva de contágio. Embora rara, a forma obstrutiva é a apresentação mais comum com acometimento mais prevalente na porção ileocecal (75% dos casos) devido a maior quantidade de tecido linfóide. Usualmente os indivíduos contaminados apresentam algum grau de imunodeficiência, muitas vezes estando relacionada à infecção pelo vírus HIV, porém não em caráter mandatório.

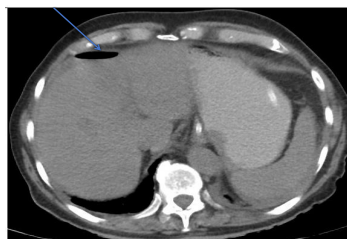
RELATO DE CASO

Paciente masculino, 88 anos, branco, com queixa de dor abdominal refratária a sintomáticos, náuseas e 1 episódio de vômito alimentar com evolução de 1 dia. Eliminação de flatos preservada, com evacuação diária, sem outras manifestações como febre ou diarreia. História patológica pregressa: Hipertensão arterial, hiperplasia prostática benigna, gastrite; cirurgias prévias: apendicectomia aos 7 anos. Exame físico: bom estado geral, estável hemodinamicamente. Abdome flácido, peristalse débil, difusamente doloroso a palpação (mais pronunciada em fossa ilíaca esquerda), sem sinais de irritação peritoneal. Exame laboratorial apresentou discreta leucocitose (10900, 2 bastões), proteína C reativa 0,62, hemoglobina 10,9, creatinina 1,7. Tomografia de abdome evidenciou espessamento na transição duodenojejunal com discreta coleção líquida no mesentério com mínimos focos gasosos de permeio e discreto líquido livre. Foi iniciado tratamento conservador com passagem de sonda nasogástrica em sifonagem e antibioticoterapia (ciprofloxacino e metronidazol). Após 24 horas paciente referiu melhora parcial da dor abdominal, com drenagem de 400 ml de resíduo gástrico. Optou-se pela realização de nova tomografia de abdome com contraste oral evidenciando pneumoperitônio com pouca quantidade de líquido livre e distensão de alças de delgado, sendo indicada laparotomia exploradora. Durante a exploração cirúrgica observou-se distensão de alças de delgado a montante com áreas com sinais de estenose e isquemia, líquido seropurulento em moderada quantidade além de múltiplas aderências entre alças de delgado e colon direito e com a parede abdominal. Foi realizada dissecação do meso de delgado com ligadura do mesmo, enterectomia segmentar (jejuno) com anastomose latero-lateral com grameador linear cortante com reforço da parede anterior e posterior e envio de peça a patologia. O estudo anatomopatológico evidenciou processo inflamatório agudo e crônico com células gigantes de Langhans e linfadenite mesentérica granulomatosa altamente sugestivos de tuberculose intestinal.

REFERÊNCIAS:

1. MENDES, W. B.; BATISTA, C. A. M.; ET AL. Tuberculose intestinal como causa de obstrução intestinal: Relato de caso e revisão de literatura; Rev bras. colo-proctol. vol.29 n°.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2009
2. LOUREIRO, M. P.; CRUZ, P.; ET AL. Tuberculose Intestinal - Diagnóstico e Ressecção Minimamente Invasivos Relato de Caso. Rev bras videocir 2006;4(1): 13-16.
3. BAMBRILLA, E.; DAL PONTE, M.; ET AL. Intestinal tuberculosis in immunocompetent/HIV negative patients: case report of two patients. J. Coloproctol. (Rio J.) vol.32 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2012
4. SIMÃO, A.; BALDI, F. E. P.; Abdome agudo perfurado devido a possível tuberculose peritoneal: relato de caso. Revista científica da MFC, vol 13, n°1, julho 2018
5. DEBI, U.; RAVISANKAR, V. ET AL. Abdominal tuberculosis of the gastrointestinal tract: Revisited. World J Gastroenterol;28; 20(40) oct 2014
Published online 2014 Oct 28.
6. FEDERICI, R. N.; BIASUTTI, C. Perfil clínico-epidemiológico da tuberculose intestinal em pacientes de um hospital universitário. Rev Soc Bras Clin Med. 2018 out-dez;16(4):215-7

Solicitada sorologia para HIV com resultado negativo. Realizada introdução de dieta oral no 3º dia de pós operatório com boa aceitação. No 9º dia, apresentou dois episódios de melena autolimitados porém sendo necessária hemotransfusão. Paciente obteve alta hospitalar no 15º dia de pós operatório, com dieta oral plena e encaminhamento para tratamento medicamentoso para tuberculose em Unidade de Atenção Básica no SUS.



Tomografia de abdome com contraste oral: pneumoperitônio, líquido livre (figura 1) e espessamento de delgado (figura 2)



Figura 3
Peça cirúrgica : segmento de jejuno com área de estenose (figura 3) e perfuração (figura 4)



Figura 4

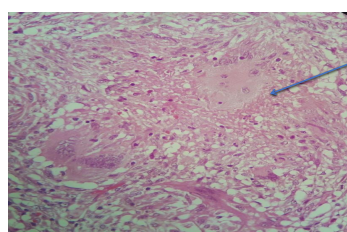


Figura 5
Presença de necrose (figura 5); presença de células gigantes e histiócitos, compondo granuloma (figura 6)

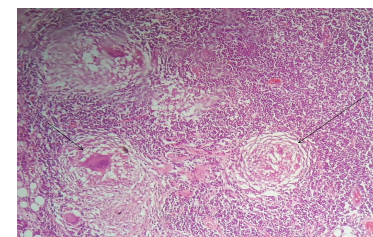


Figura 6

DISCUSSÃO

Embora a tuberculose pulmonar seja muito frequente no Brasil, a forma intestinal é pouco prevalente. As complicações dessa variante são raras e, quando presentes, comumente necessitam de intervenção cirúrgica. Muitas vezes, ocorre atraso na identificação da patologia pela dificuldade de reconhecê-la como um possível diagnóstico diferencial, sendo sua confirmação muitas vezes efetivada apenas no pós operatório.