

# Tuberculose Intestinal - Diagnóstico e Ressecção Minimamente Invasivos

## Relato de Caso

### ***Intestinal Tuberculosis - Minimally invasive diagnosis and resection***

### ***Case Report***

***Marcelo de Paula Loureiro, Peter Cruz, Aline Fontana, Sheila Cristina Weigmann, Maurício Shibata***

*Pós-graduação em Cirurgia Minimamente Invasiva da UnicenP e Hospital da Cruz Vermelha de Curitiba*

---

**RESUMO** A tuberculose continua sendo um grave problema de saúde pública no Brasil. A tuberculose intestinal pode ser de diagnóstico difícil e em algumas situações pode se tornar uma doença de tratamento cirúrgico.

Objetivos : Apresenta-se um caso de tuberculose de íleo terminal, diagnosticada por laparoscopia e tratada através de colectomia direita por abordagem minimamente invasiva.

Relato de caso: Paciente de 49 anos, com quadro de dor abdominal perda de peso e diarreia persistente, cujo diagnóstico foi feito por laparoscopia e confirmado por colonoscopia. Sua tuberculose intestinal estava também associada a Síndrome da imunodeficiência Adquirida. O paciente foi liberado no segundo dia pós-operatório. Ressalta-se o quanto a cirurgia minimamente invasiva se faz útil nesta situação.

Palavras-chave: TUBERCULOSE / LAPAROSCOPIA/ CIRURGIA

**ABSTRACT** Tuberculosis remains an important public health issue in Brazil. The diagnosis of intestinal tuberculosis may be difficult and it may demand surgery.

Objectives: We present a case of ileal tuberculosis, diagnosed by exploratory laparoscopy and treated by a minimally invasive right colectomy.

Case report: 49 year old male, with abdominal pain, weight loss and insidious diarrhea. His tuberculosis was diagnosed by laparoscopy and confirmed by a colonoscopy. It was associated with AIDS. The patient was discharged after 2 days of a laparoscopic right colectomy. The authors discuss the minimally invasive approach in this condition.

Key words: TUBERCULOSIS / LAPAROSCOPY/ SURGERY

---

LOUREIRO MP, CRUZ P, FONTANA A, WEIGMANN SC, SHIBATA M. Tuberculose Intestinal - Diagnóstico e Ressecção Minimamente Invasivos. Relato de caso. Rev bras videocir 2006;4(1): 13-16.

Recebido em 10/05/2006

Aceito em 31/05/2006

**A**tuberculose continua sendo um grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento como o Brasil. Estima-se que metade da população mundial esteja infectada e a cada ano pelo menos 8 milhões de novos casos são diagnosticados. No Brasil a prevalência deve atingir os 50 milhões e todo ano

90 mil novos casos são notificados com 6 mil óbitos. No Estado do Paraná, apenas no ano de 2002, foram identificados 2853 novos casos.<sup>1</sup>

A associação da tuberculose com a AIDS é bem conhecida e é responsável pelo menos pela metade do aumento da incidência da doença nos EUA.<sup>2</sup>

A tuberculose abdominal ocorre especialmente no íleo terminal ( 70 % dos casos intestinais seguido da válvula íleo cecal e do jejuno<sup>3</sup> Mais raramente a doença pode atingir outros órgãos como esôfago , estômago, duodeno, apêndice, reto, pâncreas, baço e fígado. O acometimento linfonodal é mais comumente encontrado nos gânglios do mesentério.<sup>4</sup>

A tuberculose intestinal é em geral uma doença crônica, mas em alguns casos, só é diagnosticada em laparotomias de urgência.<sup>5</sup>

A ressecção minimamente invasiva do segmento atingido tem sido descrita, com os benefícios habituais da videocirurgia. Apesar de ser uma doença inflamatória, as condições para a ressecção laparoscópica parecem ser mais adequadas do que em outras doenças como Crohn e retocolite ulcerativa.

## PACIENTE E MÉTODO

Em novembro de 2005, um paciente de 49 anos, trabalhador de porto, foi examinado ambulatorialmente, com queixa de dor abdominal, diarreia episódica e emagrecimento de 4 kg em 2 meses. Havia sido internado por 2 ocasiões para tratamento da diarreia, com melhora . Apresentava hemograma com discreta anemia, hematócrito de 35% e leucopenia de 4 mil leucócitos, sem linfopenia. Na investigação foi solicitada colonoscopia.

Este exame, realizado apenas até a válvula íleo-cecal, não evidenciou lesão alguma. O paciente então apresentou remissão espontânea dos sintomas. Um mês após, reapresentou-se, com dor abdominal, desta vez mais localizada em flanco direito e mesogástrio e episódios de febre, esporádicos.

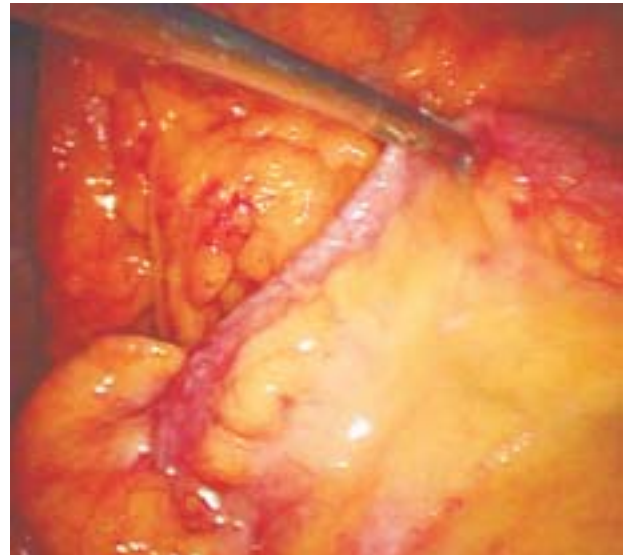
Foi proposta, então, laparoscopia diagnóstica.

Nesta evidencio-se lesão envolvendo íleo terminal (Figura-1) e válvula íleo-cecal , de aspecto tumoral estenosante (Figura-2), com implantes peritoneais e linfo adenite mesentérica. Não havia ascite, nem tampouco pus na cavidade peritoneal. Foram realizadas biópsias da lesão peritoneal e de linfonodos mesentéricos.

Após recuperação pós-operatória o paciente foi submetido a nova colonoscopia.

Desta vez, o exame evidenciou, a 5 cm da válvula íleo-ceal, uma lesão estenosante de íleo, com características tumorais, a qual foi biopsiada. Enquanto isto, o resultado da biópsia linfonodal era inconclusivo, com inflamação aguda discreta, porém o implante peritoneal revelou-se de forma inconfundível, como lesão crônica, granulomatosa tuberculóide , com coloração de Ziehl Nielsen positiva para bacilo ácido-álcool resistente (BAAR).

A biópsia colonoscópica confirmou definitivamente a suspeita de ileíte tuberculosa.



**Figura 1** – *Aspecto laparoscópico da lesão ileal.*



**Figura 2** – *Peça cirúrgica com lesão estenosante próxima à válvula íleo-cecal.*

Foi revisto o raio x de tórax prévio à laparoscopia, o qual não evidenciava lesão ativa ou cicatriz tuberculosa. Solicitou-se então, com a permissão do paciente, a sorologia para HIV, a qual resultou positiva.

Foi indicada a colectomia direita laparoscópica.

### **Técnica Cirúrgica**

O paciente foi colocado em posição francesa, ou seja, em decúbito dorsal com as pernas afastadas e com o cirurgião entre elas. Foi obtido pneumoperitônio com punção direta às cegas, diretamente com o trocar da óptica, como de costume do serviço. Foram colocados trocarteres de 10 mm na posição suprapúbica e justa umbelical na linha média, além de 3 outros trocarteres de 5 mm no ponto de McBurney e no seu análogo a esquerda além do quadrante superior esquerdo na margem costal.

Procedeu-se a ligadura dos vasos íleo-cecais e cólicos direitos, com ressecção da gordura mesocólica e mesentérica, repleta de linfonodos. Uma vez liberado, o cólon foi exteriorizado por incisão de McBurney de 6 cm e a anastomose, realizada com grampeadores lineares de cirurgia convencional. Reintroduzido o cólon transversal e o íleo terminal anastomosados, procedeu-se a revisão hemostática e a drenagem da cavidade, com dreno túbulo – laminar.

O paciente apresentou evolução pós-operatória satisfatória, com aparecimento de ruídos hidro-aéreos no PO 1, alimentando-se, eliminando gases e recebendo alta, com débito seroso de 5ml/h, no segundo dia de pós-operatório.

Em seguimento, está completamente assintomático, em acompanhamento para AIDS.

### **DISCUSSÃO**

A tuberculose abdominal pode ocorrer em qualquer idade, mas atinge preferencialmente a faixa de 20 a 40 anos.

Quase todos os casos de tuberculose intestinal são causados pela *Mycobacterium*

tuberculosis, como o do paciente em questão. O *Mycobacterium bovis* foi praticamente eliminado por medidas básicas de saúde pública. Com o aumento da incidência de tuberculose associada a AIDS, tem aumentado também a infecção por *Mycobacterium avium*.

A TB intestinal primária é fruto da colonização dos linfonodos mesentéricos durante a fase bacterêmica da TB pulmonar. Estes focos permanecem latentes podendo ser ativados em condições de baixa imunidade. Já a secundária é causada pela ingestão de muco contaminado. Tanto na primária como na secundária, as bactérias se alojam na mucosa e no tecido linfóide das proximidades como nas placas de Peyer e estimulam uma intensa reação inflamatória, que provoca a formação de massa de aspecto tumoral.

Três formas da doença intestinal são descritas – ulcerativa, estenosante e hipertrófica. A forma extrapulmonar da TB é mais comum em pacientes aidéticos. 50% dos aidéticos tuberculosos têm a forma extrapulmonar, contra 15% dos não aidéticos. Estudo realizado na República do Mali encontrou aidéticos em 74% dos pacientes tuberculosos.<sup>6</sup>

Os principais sintomas da TB de íleo e ceco são dor abdominal (85%), perda de peso (66%) e diarreia (20%). Tais sintomas podem cursar com disabsorção intestinal, hematoquezia e ou obstrução intestinal aguda ou subaguda. Não é rara a descoberta incidental durante uma laparotomia. Alguns pacientes podem ter o diagnóstico retardado por anos, sendo que 15 a 40% podem se apresentar com abdome agudo.<sup>7</sup>

O diagnóstico diferencial deve ser feito principalmente com a doença de Crohn e com tumores malignos do cólon. A linfadenopatia pode dar a impressão de linfoma.

A investigação inclui raio x de tórax, cultura de escarro, cultura de líquido ascítico, ultrasonografia e trânsito intestinal. A colonoscopia, quando identifica a lesão, possibilita o diagnóstico em 80% dos casos.<sup>8</sup> O diagnóstico cirúrgico da doença ainda é muito comum, especialmente na ausência de comprometimento pulmonar. A laparoscopia exploratória é segura e permite chegar ao diagnóstico em 85% dos casos.

O tratamento médico com esquema tríplice é o recomendado e cura a tuberculose na quase totalidade dos casos, para bacilos sensíveis, exce- tuando-se a TB do sistema nervoso central.

A cirurgia é indicada para as complicações como perfuração e oclusão. Deve-se optar pelas ressecções conservadoras, pois a TB é uma doença sistêmica, não podendo ser curada apenas com a cirurgia. A ressecção deve ser limitada a 5 cm de margem, não sendo necessária amplo esvaziamento linfonodal.<sup>9</sup>

A cirurgia minimamente invasiva tem sido amplamente utilizada no tratamento das lesões benignas e malignas do cólon, com morbidade menor que a cirurgia aberta. Balsara em série de 26 pacientes com TB íleo cecal operados de forma minimamente invasiva, demonstrou baixa morbidade com 15% de infecção de ferida e uma única hérnia incisional. Considera a tuberculose intestinal ideal para abordagem laparoscópica, tanto para diagnóstico como para ressecção do segmento afetado.<sup>3</sup>

Neste caso, a laparoscopia nos permitiu não apenas o diagnóstico da doença, como seu tratamento minimamente invasivo, possibilitando ao paciente recuperação rápida para retomar os cuidados de suas doenças de base.

## CONCLUSÃO

A laparoscopia pode ser de grande auxílio tanto no diagnóstico como no tratamento da tuberculose intestinal.

## Referências Bibliográficas

1. A tuberculose no Paraná: situação epidemiológica no ano de 2002. Boletim epidemiológico Saúde no Paraná. Secretaria de Estado da Saúde Jun 2003; 5 n18.
2. Ormerod, P. TB : detection and treatment. Hosp Update 1996; 1:9.
3. Balsara KP, Shah CR, Maru S, Sehgal R. Laparoscopic assisted íleo-colectomy for tuberculosis. Surg Endosc 2005; 19: 986-89.
4. Aston NO, Chir M. Abdominal tuberculosis. World J Surg 1997;21 : 492-99.
5. Khoury GA, Payne CR, Harvey DR. Tuberculosis of the peritoneal cavity. Br J Surg 1978; 65: 808.
6. Harries AD, Maher D, Mvula B, Nyangulu D. An audit of HIV testing and HIV serostatus in tuberculous patients, Blantyre, Malawi. Tuber Lung Dis 1995; 76: 413.
7. Prakash A. Ulcero-constrictive tuberculosis of the bowel. Int Surg 1978; 63: 23-9.
8. Shah S, Thomas V, Mathan M, Chacko A, Chandy G, et al. Colonoscopic study of 50 patients with colonic tuberculosis. Gut 1992; 33: 347.
9. Joshi MJ. The surgical management of intestinal tuberculosis – a conservative approach. Indian J Surg 1978; 40: 79-83.

## Endereço para correspondência

**MARCELO DE PAULA LOUREIRO**  
Rua Capitão Souza Franco 848 conj térreo  
CEP - 80760240  
Curitiba, Paraná, Brasil  
Tel: 30194032  
E-mail: mloureiro@unicenp.edu.br