

TUBERCULOSE DE INTESTINO GROSSO

Nilton Roberto Martinez¹
Emílio Carlos Sgarbi²
Saulo de Tarso Sgarbi³
Jeronimo Martinez Sgarbi³
Dagoberto Martinez Sgarbi³
José Augusto Sgarbi³

RESUMO

Os autores apresentam dois casos de tuberculose intestinal. Em um havia lesão pulmonar concomitante, e a patologia intestinal evoluiu para a perfuração que é uma forma incomum de apresentação da doença. No outro, havia lesão intestinal sem lesão pulmonar, o que também é bastante raro.

Apesar da quimioterapia e da preocupação das autoridades sanitárias com a tuberculose, notamos que a mesma começa a atingir novamente níveis preocupantes e que vários sistemas, tais como urinário e digestivo, voltam a ser alvo da patologia.

Os autores apresentam dois casos de tuberculose intestinal, sendo que em um deles havia comprometimento de pulmão, de intestino delgado e intestino grosso, e no outro, do mesentério e do intestino grosso. No segundo caso, a doença não acometia os pulmões e provavelmente tenha sido a ingestão de leite contaminada causa da moléstia.

Vale lembrar que a perfuração do intestino em peritônio livre é a complicação mais rara da doença, e a mesma ocorreu em um de nossos pacientes.

CASUÍSTICA

Caso 1 - J.F.O., masculino, casado, brasileiro, 58 anos, branco, RG 8.621.

Veio ao consultório no dia 15/1/81, com intensas cólicas abdominais, vômitos esparsos, emagrecimento acentuado (**Fig. 1**), e piora dos sintomas de um mês até então.

Pesava 40 quilos e media 1,64 m de altura. Possuía exames laboratoriais (hemograma, uréia, glicose, creatinina, urina tipo I e fezes), todos dentro de parâmetros normais.

Em outro serviço tinha feito raio X EED, clister opaco duplo contraste, urografia excretora, todos normais. Foram solicitados colecistograma oral e retossigmoidoscopia, ambos apresentando resultado normal. Próstata aumentada de volume e endurecida.

Diante do quadro clínico que não melhorava, foi reinternado no dia 28/1/81, às oito horas e submetido à laparotomia exploradora com a hipótese de suboclusão intestinal a esclarecer.

Durante o ato cirúrgico, notou-se no íleo áreas de estenose e dilatação em segmento de mais ou menos trinta centímetros (**Fig. 2**). Havia comprometimento do ceco em pequena extensão.

Trabalho realizado na Santa Casa de Misericórdia de Olímpia e Clínica Martinez.

- 1 Fellow Colégio Internacional de Cirurgia. Membro Filiado da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia. TCBC
- 2 Residente do Serviço de Cirurgia de Ribeirão Preto
- 3 Acadêmicos de Medicina

- Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

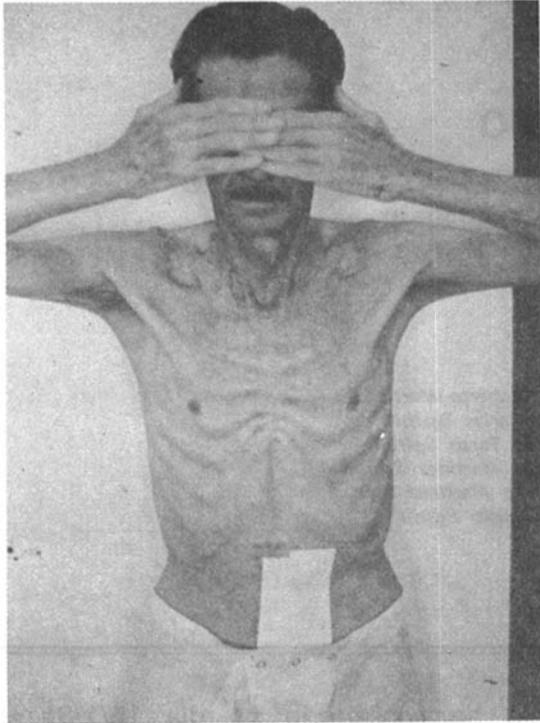


Fig. 1

Com a hipótese de doença granulomatosa, fez-se êntero-enteroanastomose para alívio das oclusões e biópsias no íleo e gânglios mesentéricos.

Boa evolução pós-operatória, com alta no dia 3/2/81. As cólicas continuaram, mas já com menor intensidade. O histopatológico mostrou tuberculose intestinal. (Dr. José Carlos Prates-Ribeirão Preto) (Figs. 3 e 4).

Como as dores não cedessem, foi reinternado, no dia 6/2/81, às nove horas e submetido

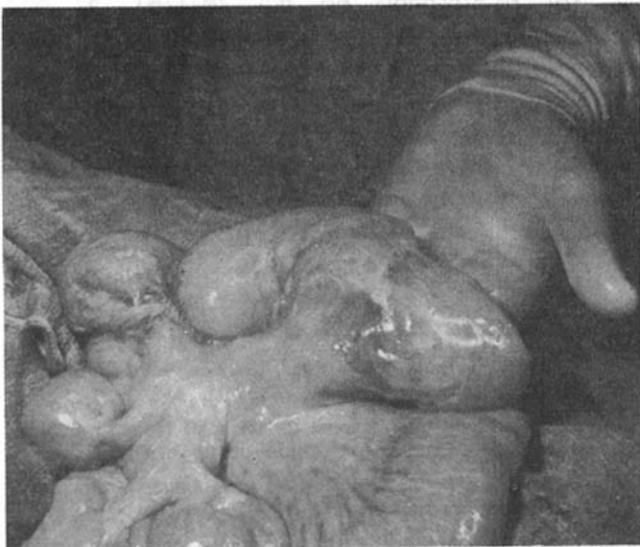


Fig. 2

do à ressecção intestinal (Fig. 5). Feito também raio X PA e perfil, constatou-se sinais de processo específico (Figs. 6 e 7). Boa evolução pós-operatória, com abolição da dor. Foi submetido, então, a tratamento específico com:

Pirazinamida 2 g/dia por seis meses, Rifampicina 60 mg/dia e Isoniazida 400 mg/dia, ambos por 60 dias.

O paciente evoluía bem, ganhava peso, sentia-se disposto, até que no dia 5/3/81, às 21 horas, deu entrada na Santa Casa, com abdômen agudo.

Feito Raio X PA e abdômen simples (pé e deitado), notou-se pneumoperitônio e níveis líquidos nas alças intestinais delgadas (Fig. 8).

Novamente foi laparotomizado e encontrou-se pequeno orifício na borda mesentérica da sutura anterior, fistulizada em gânglio mesentérico.

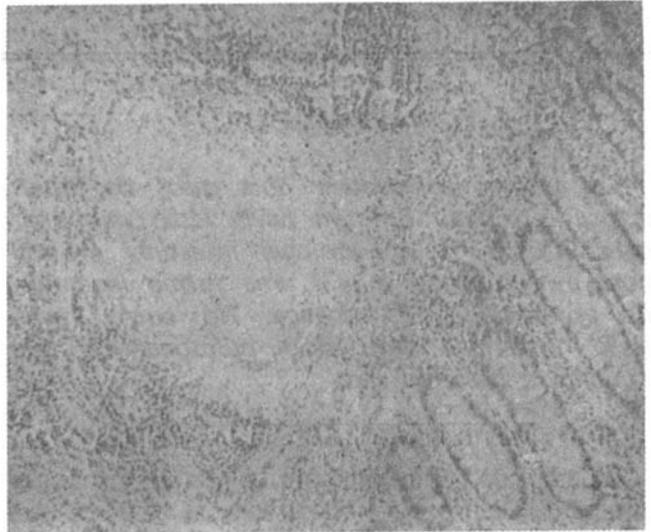


Fig. 3

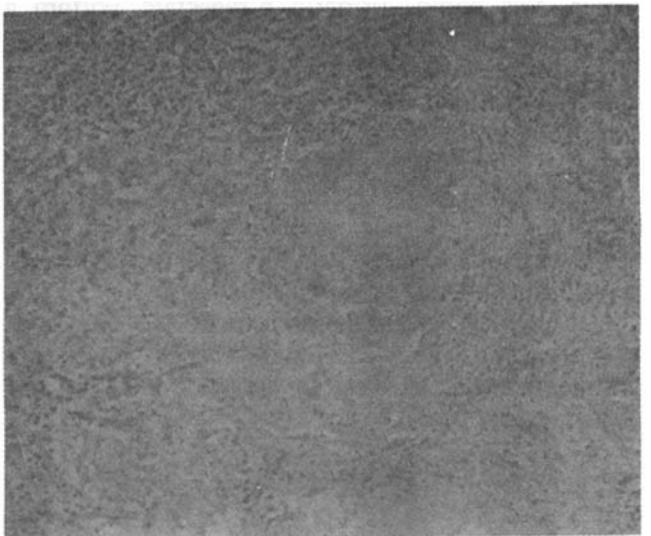


Fig. 4

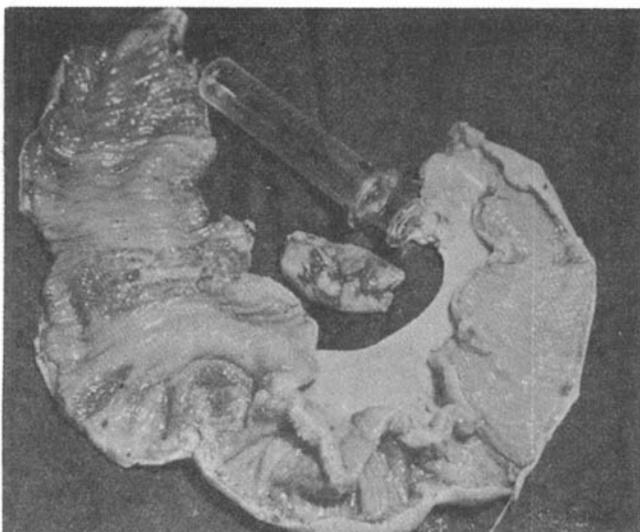


Fig. 5

tivo, dissociação da temperatura axilo-retal de $1,5^{\circ}\text{C}$, desidratado, emagrecido. A sintomatologia aguda tivera início havia 24 horas.

Demais sistemas sem alterações dignas de nota.

Com o diagnóstico de apendicite aguda foi submetido à laparotomia.

Não se conseguiu isolar o ceco e o apêndice através da incisão de Davis, devido à enorme massa tumoral no ceco e colo ascendente.

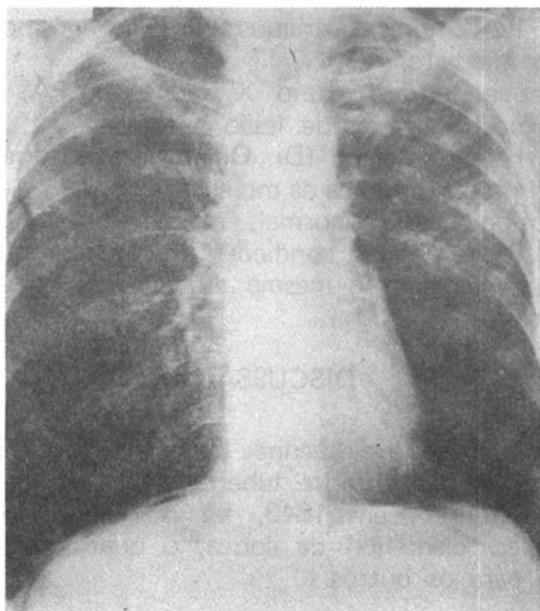


Fig. 6

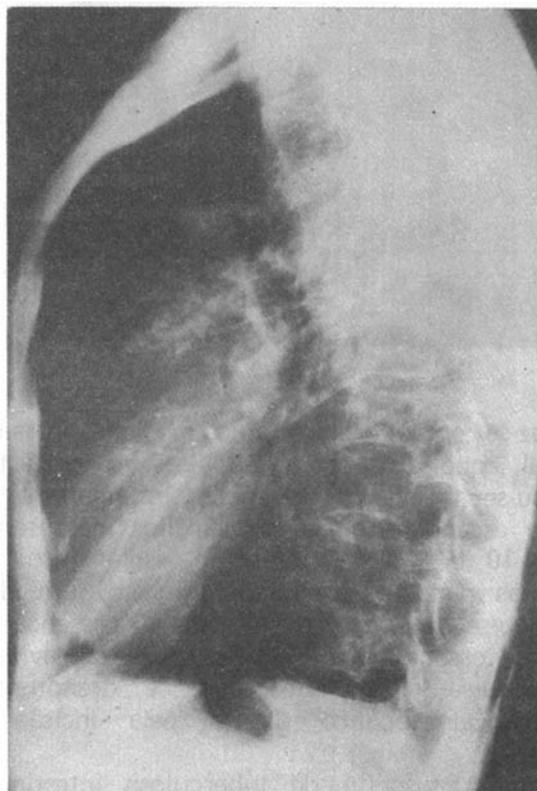


Fig. 7

Fez-se nova ressecção intestinal com reconstrução por sutura em plano único, término-terminal.

Boa evolução pós-operatória, com alta no dia 12/3/81, às 10 horas.

Prescrito novamente o tratamento específico anterior, no dia 22/5/81, o paciente retornou pesando 58 quilos e sentindo-se muitíssimo bem (Fig. 9).

Caso 2 - A.G. - masculino, casado, brasileiro, 43 anos, pardo, RG 10.528.

Paciente deu entrada na Santa Casa de Olímpia no dia 5/4/83, com dores na fossa ilíaca direita, defesa abdominal, Blumberg posi-

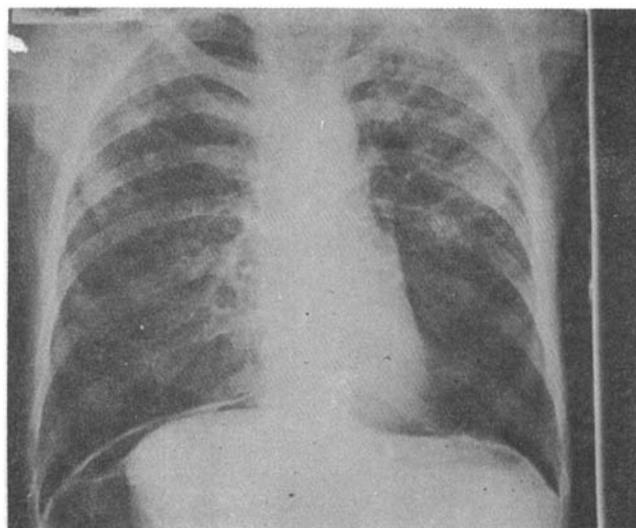


Fig. 8



Fig. 9

Fez-se, então, laparotomia mediana infra-umbilical, que foi prolongada até o epigástrico. Notou-se massa de aspecto inflamatório no cólon ascendente e vários gânglios mesentéricos (Figs. 10 e 11). Durante o isolamento dos gânglios para exame histopatológico, um deles rompeu-se e foi constatada a presença de necrose caseosa (Fig. 12). Revisou-se a cavidade, procedeu-se à apendicectomia e drenou-se o espaço parietocólico direito pela incisão de Davis.

Com a suspeita de tuberculose intestinal e ganglionar, iniciou-se o uso de estreptomina

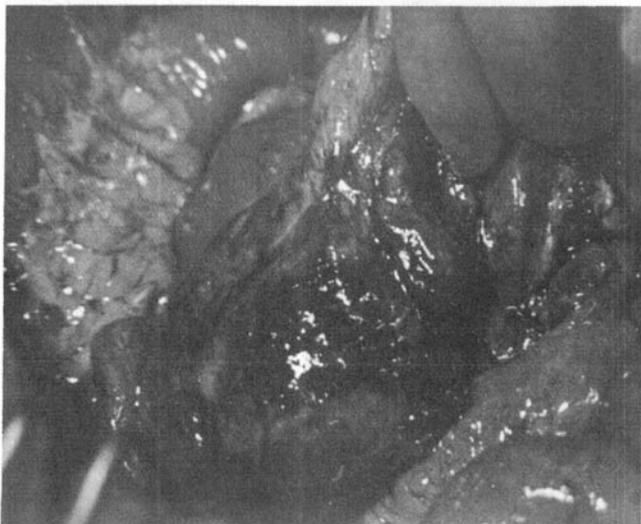


Fig. 10

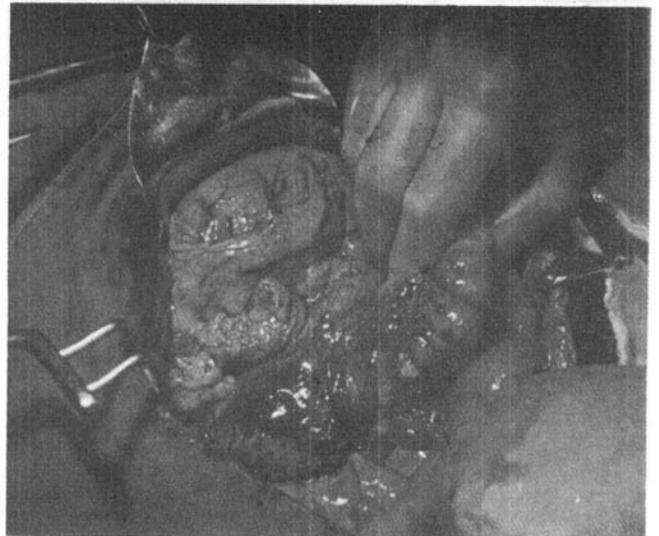


Fig. 11

1g 12/12 horas intramuscular no pós-operatório imediato.

Fez-se também Raio X de tórax PA, que não mostrou sinais de lesão pulmonar.

O histopatológico (Dr. Omar Geraige-Barretos) confirmou a presença da moléstia.

Pós-operatório normal, com alta no dia 10/4/83, em boas condições. Iniciou-se, pois, o tratamento com o mesmo esquema do paciente anterior.

DISCUSSÃO

Foram Bayle e Laennec-Louis que, em 1825, descreveram a enterite tuberculosa.

Rokitansky, em 1843, fez o mais completo trabalho científico da época, o qual serviu de base para os outros.

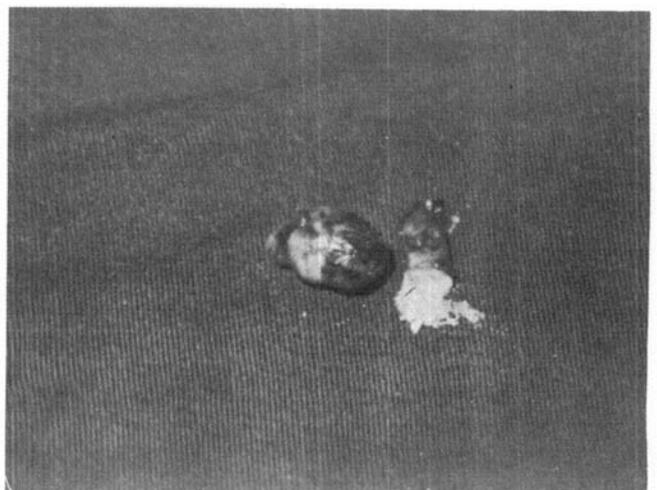


Fig. 12

Segundo vários autores, tais como: Fenwick e Dodwell (1898), Powell e Hartley (1921) e Eugelmam (1917), a tuberculose incide em 2 a 3% no duodeno, 20 a 30% no jejuno, 60 a 85% no íleo, 40% no cólon, 13% no reto.

A lesão inicial ocorre nos folículos linfáticos e placas de Peyer, onde se formam pequenos nódulos subepiteliais, que se caseificam, confluem e coligam, formando úlceras crateriformes, que podem estender-se transversalmente, formando úlceras anulares (**Fig. 13**). As formas hipertróficas, ulcerativas e úlcero-hipertróficas são encontradas nas lesões intestinais. No íleo, a forma ulcerativa é a mais encontrada, pois aí se encontram maiores concentrações linfáticas.

A perfuração é rara e normalmente acontece quando se inicia a quimioterapia específica.



Fig. 13

Atribui-se este fato a maior fibrose e a conseqüente diminuição da vascularização da região, predispondo à perfuração.

A tuberculose intestinal não precedida de doença pulmonar ou não estando a esta associada é bastante rara.

Desai e cols. mostraram que há absorção deficiente de Vit. B¹² gordura e da d-xylose.

As complicações são: estenoses, obstruções, divertículos e peritonites generalizadas ou localizadas.

A cirurgia só deve ser indicada quando houver uma das complicações citadas.

Intestinal tuberculosis

SUMMARY

The authors present two cases of intestinal tuberculosis. In one of them there was concomitant pulmonary hurt, and the intestinal pathology evolved to a perforation that is an uncommon manner of presentation of the disease. In the other, there was intestinal hurt without pulmonary injury, that is also quite rare.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRAMS JS & HOLDEN WD - Tuberculosis of the gastrointestinal tract. Archives of Surgery, vol.9, Aug. 1964.
2. BERRY JM & BIDWAI PS - Diagnosis of abdominal tuberculosis. J Assoc Physicians India, 66: 35-38, 1958.
3. DESAI HG, ZOVERI MP, GUPTA NI & ANTIA FP - Histological and functional studies of small intestinal mucosa in intestinal tuberculosis. Indian Journal of Medical Sciences, vol. 30, jan. 1976.
4. FAVA JS, GIBOVATI F, MANDIA NETO J & MILLETTO AC - Peritonite aguda por úlcera intestinal tuberculosa perfurada. Rev Ass Med Brasil, 22(9): 337-40, 1976.
5. GOLDBERG B, SWEANY HC & BROWN RW - Pathologic studies on tuberculosis enteritis. Am Rev Tuberc, 18: 744-49, 1928.
6. JORDAN GL & DEBAKEY ME - Complication of tubercular enteritis occurring during antimicrobial therapy. Arch Surg, 69: 688, 1954.
7. PAUSTIAN FF & BOCKUS HL - So called primary ultra-hypertrophic ileocecal tuberculosis. Amer J Med, 27: 509, 1959.
8. TAWARKAR RG - Perforation intestine tuberculous ulcer. Brit Med Jour, 2: 362, 1955.
9. WIG KL & BAWA YA - Abdominal tuberculosis unassociated with acute pulmonary tuberculosis. Indian J Tuberc, 1: 6-12, 1963.
10. ZANTUT LFC, LOURENÇÃO JL, BIROLINI D, BRANCO PD & OLIVEIRA MR - Abdome agudo perfurativo por tuberculose intestinal. JBM, vol. 40, 5 de maio de 1981.

Endereço do Autor:
Nilton Roberto Martinez
Rua Júlio Borges de Queiroz, 163
Caixa Postal 209
15400 - Olímpia - SP