



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 38 • Setembro 2016

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Tuberculose esofágica primária: desafio para o cirurgião

Primary esophageal tuberculosis: challenge for the surgeon

*Marta Martins¹, Oliveira Juliana², Ana Carvalho¹, Andreia Santos², Carlos Santos-Costa²,
José Monteiro², António Abreu³, Esteves José³, José Garcia⁴, José Pinto-Correia⁵*

¹ Interno de Formação Complementar, ² Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral,

³ Assistente Hospitalar Graduado de Cirurgia Geral,

⁴ Chefe de Serviço de Medicina Geral e Familiar (Serviço de Luta Antituberculosa (SLAT),

⁵ Diretor de Serviço de Cirurgia Geral

Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães

RESUMO

A tuberculose esofágica é uma das formas mais raras de infeção no trato digestivo, correspondendo a 0.15% dos casos. A sua apresentação clínica pode mimetizar o carcinoma esofágico. O diagnóstico é confirmado pela presença de granulomas caseosos ou pela presença de *Mycobacterium tuberculosis* na biópsia esofágica. Os autores reportam o caso clínico de uma doente de 82 anos de idade com quadro clínico de disfagia, intolerância alimentar e emagrecimento. Os exames complementares de diagnóstico revelaram a presença de uma lesão infiltrativa do esófago, como forma de manifestação de tuberculose primária do esófago.

Palavras chaves: *tuberculose, esófago, disfagia.*

ABSTRACT

Esophageal tuberculosis is one of the rarest forms of infection in the digestive tract, corresponding to 0.15% of cases. The clinical presentation may be easily confused with esophageal carcinoma. The diagnosis is confirmed by the presence of caseous granulomas or the presence of *Mycobacterium tuberculosis* in esophageal biopsy. The authors report a clinical case of a 82 years-old patient with dysphagia, food intolerance and weight loss. The complementary diagnostic tests revealed the presence of an infiltrative lesion of the esophagus, as an expression of primary tuberculosis of the esophagus.

Key words: *Tuberculosis, esophagus, dysphagia.*

INTRODUÇÃO

A tuberculose esofágica (TB) é rara, e pode ser primária ou secundária. Clinicamente os doentes apresentam sintomas de disfagia, odinofagia e emagrecimento.

Estes achados clínicos juntamente com os endoscópicos podem mimetizar um diagnóstico de carcinoma do esófago.¹

Os autores apresentam o caso clínico de uma doente com tuberculose primária do esófago.



CASO CLÍNICO

Mulher de 82 anos, autônoma, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, insuficiência venosa periférica, medicada com metformina 500 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg e venotrópico. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de disfagia para sólidos com 15 dias de evolução, perda ponderal de 12Kg em 2 meses e tumefação cervical antero-lateral esquerda.

Ao exame físico apresentava-se desnutrida, com IMC =18.7 (Peso 42Kg; Altura 1.50m). Apresentava uma massa cervical esquerda móvel em relação a todos os planos, de consistência dura à palpação e sem drenagem ou sinais inflamatórios. O restante exame físico não revelava alterações.

Seis meses antes descreve o aparecimento de 2 abscessos na mesma região cervical esquerda com drenagem espontânea de conteúdo purulento. Mantinha cuidados de penso regular em ambulatório por difícil cicatrização.

Realizou em ambulatório citologia aspirativa da lesão cervical antero-lateral esquerda de maior dimensão que revelou padrão citológico compatível com lesão necrotizante infecciosa, podendo corresponder a abscesso ou a áreas de necrose de caseificação. Realizou ainda colheita para estudo bacteriológico, com isolamento de *Staphylococcus aureus* sensível à penicilina pelo que foi medicada com amoxicilina e ácido clavulânico 875/125 mg.

No SU realizou TC cervical e torácica que mostrava adenopatias na cadeia jugular esquerda, axilares, mediastínicas, paratraqueais, retrocavas, pré-traqueais, subcarinais (fig. 1) e uma zona de espessamento parietal no esôfago superior de difícil caracterização”

Decidiu-se internamento para estudo e suporte nutricional tendo sido submetida a endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou entre os 15cm e os 21cm da arcada dentária uma lesão infiltrativa de bordos irregulares sugestiva de neoplasia esofágica (fig. 2).

O exame histológico revelou intenso infiltrado inflamatório polimorfo e hiperplasia do epitélio pavimentoso estratificado de revestimento compatível com processo inflamatório granulomatoso crônico necrotizante, sem presença de células atípicas.



FIG. 1 – Tomografia computadorizada: adenopatias pré-traqueais

Da investigação complementar posterior destaca-se radiografia de tórax sem alterações, marcadores tumorais normais, pesquisa de vírus de imunodeficiência humana 1 e 2 negativos, teste de Mantoux inconclusivo. Apresentou dificuldade na colheita de baciloscopias por falta de expectoração, sendo as baciloscopias diretas³ na expectoração negativas. Realizou-se segunda EDA com o objetivo de obter mais material para exame histológico e micobacteriológico. O exame histológico exclui neoplasia sendo a pesquisa de micobactérias após coloração de Ziehl-Neelsen equivocada.

Realizou ainda biópsia da lesão supraclavicular que confirmou linfadenite granulomatosa com pesquisa de





FIG. 2 – Endoscopia alta: lesão infiltrativa sugestiva de neoplasia Eso-fágica

micobactérias negativa. A doente iniciou dieta mole fracionada durante o internamento que tolerou.

Apesar da pesquisa de Ziehl-Neelsen negativa, a existência de numerosas lesões granulomatosas motivou a discussão do caso clínico com os colegas do Serviço de Luta Antituberculosa (SLAT), decidindo-se iniciar tratamento tuberculostático com Rifampicina 120 mg; Isoniazida 50 mg e Pirazinamida 300 mg, etambutol 400 mg e piridoxina 40mg durante o internamento. Teve alta após 22 dias de internamento a tolerar dieta mole fracionada. Após 2 semanas a doente ficou assintomática.

Aos 3 meses de tratamento fez nova colheita de expectoração para pesquisa de Ziehl-Neelsen que mostrou colónias de BK (bacilo de Koch).

Após 6 meses de tratamento a doente apresentou melhoria significativa das queixas com tolerância alimentar para sólidos, aumento ponderal de 10Kg (IMC=23.1). Realizou tomografia torácica e abdominal de controlo sem alterações.

Repetiu EDA que mostrava discretos anéis mucosos concêntricos no esófago proximal, sem condicionar redução do calibre luminal (Fig. 3).

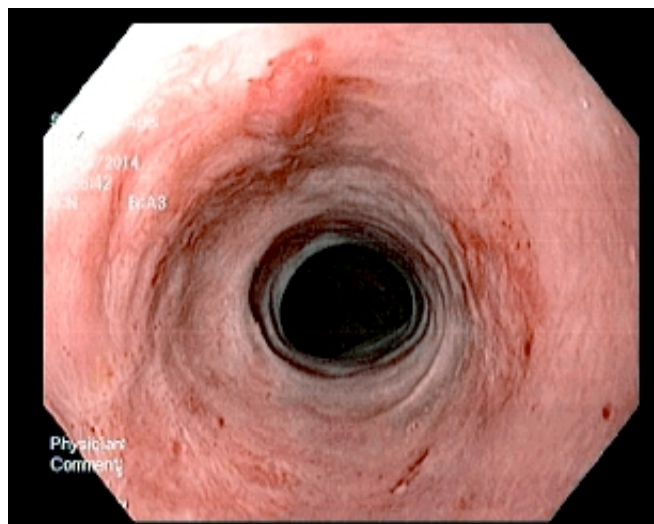


FIG. 3 – Endoscopia alta: anéis concêntricos no esófago após tratamento

Após 2 anos do diagnóstico a doente encontra-se assintomática, tolera dieta e apresenta um IMC 27.6.

DISCUSSÃO

A Tuberculose extrapulmonar pode, em 15% a 20% dos casos, ocorrer em doentes imunocompetentes, atingindo no entanto os 50% em doentes imunodeprimidos.²

O aparelho digestivo é o sexto local mais comum de aparecimento, sendo o segmento predominantemente afetado a região ileo-cecal. A tuberculose primária do esófago, como no nosso caso clínico, é muito mais rara. Este facto deve-se sobretudo aos mecanismos de defesa do esófago, nomeadamente a sua estrutura tubular com rápida progressão das substâncias ingeridas, o epitélio estratificado escamoso, a camada protetora de saliva, o que dificulta o crescimento de agentes patogénicos neste órgão.

A tuberculose esofágica parece afetar mais homens que mulheres (M / F = 2,6: 1) com uma idade média de 39,2 anos (variando de 6 meses a 75 anos).³

Os sintomas mais frequentes são a disfagia, dor retroesternal e emagrecimento tal como apresentava a doente. A febre e hematemese também poderão



ocorrer. De acordo com a clínica mais frequente, o principal diagnóstico diferencial faz-se com neoplasia esofágica, podendo no entanto mimetizar patologias neuromotoras do esófago.⁴

A endoscopia digestiva alta com biópsia é a ferramenta diagnóstica mais útil, apesar de não existirem achados característicos e muitas vezes a anatomia patológica ser inconclusiva como foi o caso da nossa doente.

Geralmente apresenta-se como uma úlcera solitária de base escavada e bordos elevados localizados a nível do terço médio do esófago. No caso descrito apresentava uma lesão infiltrativa a nível do esófago proximal com intenso infiltrado inflamatório polimorfo e hiperplasia do epitélio pavimentoso estratificado.

No diagnóstico, saliente-se que as biópsias, perante suspeição clínica de TB, poderão ser enviadas para realização de PCR / TAAN com excelentes resultados.

A biópsia, quando positiva, confirma o diagnóstico. Na avaliação histológica observam-se granulomas de células epitelioides com elementos gigantes poligonais marginais tipo células de Langhans, característico dos granulomas caseificantes. A confirmação diagnóstica é feita através da identificação do *Mycobacterium tuberculosis*.

A tomografia computadorizada e a radiografia torácica são estudos obrigatórios para diferenciar a tuberculose esofágica primária de secundária e ainda de outros diagnósticos diferenciais. O achado típico na TC é a presença de linfadenite tuberculosa, caracterizada por hipodensidade central com realce dos bordos e calcificações que, em muitos casos, pode estar associada à presença de lesões pulmonares.

Uma vez diagnosticada a tuberculose esofágica, o

tratamento é semelhante ao da tuberculose pulmonar. Em doentes imunocompetentes deve-se administrar tuberculostáticos por um período de 6-9 meses. Os doentes infetados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), como habitualmente tem resposta mais deficitária ao tratamento, requerem um período mais prolongado de tuberculostáticos. A cirurgia fica reservada para os casos em que o diagnóstico não pode ser feito por endoscopia ou biópsias ganglionares subcutâneas e nos casos complicados com perfuração ou abscesso.

Normalmente a disfagia resolve-se com o tratamento médico, contudo as estenoses esofágicas secundárias à tuberculose podem requerer dilatações ou inclusive cirurgia.

A nossa doente realizou 6 meses de tuberculostáticos, apresentando uma melhoria notória, com ausência de sintomas de disfagia e aumento do peso (10Kg em 6 meses).

A tuberculose esofágica apresenta uma mortalidade de 0,15%, sendo que o atraso no diagnóstico e início da terapêutica dita um mau prognóstico.⁵

Em conclusão, apesar da sua raridade, a tuberculose deve ser considerada como um diagnóstico diferencial com o carcinoma do esófago em doentes que são imunocompetentes com lesões do esófago e linfadenopatias mediastínicas/ cervicais, mesmo na ausência de sintomas respiratórios ou de uma história anterior de tuberculose. Deve recorrer-se a técnicas de biologia molecular quando há uma grande suspeita clínica de tuberculose e dificuldade na obtenção de um diagnóstico definitivo por histologia e/ou cultura.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Musoglu A, Ozutemiz O, Tekin F, Aydin A, Savas R, Ilter T. Esophageal tuberculosis mimicking esophageal carcinoma. Turk J Gastroenterol 2005; 16: 105-107
- 2 Sharma SK, Mohan A. Extrapulmonary tuberculosis. Indian J Med Res 2004;120:316-53.
- 3 Tornieporth N, Lorenz R, Gain T, Rosch T, Classen M. An unusual case of active tuberculosis of the esophagus in an adult. Endoscopy. 1991; 23:294-6.
- 4 Fujiwara T, Yoshida Y, Yamada S, Kawamata H, Fujimori T, Imawari M. A case of primary esophageal tuberculosis diagnosed by identification of Mycobacteria in paraffin-embedded esophageal biopsy specimens by polymerase chain reaction. J Gastroenterol. 2003;38(1):74-8.
- 5 Grubbs BC, Baldwin DR, Trenkner SW, McCabe RP Jr, Maddaus MA. Distal esophageal perforation caused by tuberculosis. J Thorac Cardiovasc Surg. 2001;121(5):1003-4.

Correspondência:

MARTA CRISTINA DA CRUZ MARTINS
e-mail: martacdcmartins@gmail.com

Data de recepção do artigo:

06/08/2015

Data de aceitação do artigo:

24/04/2016

