

Peritonite devido à perfuração intestinal de origem tuberculosa

Peritonitis due to intestinal perforation of tubercular etiology

Unitermos: tuberculose entérica, peritonite tuberculosa, perfuração intestinal.

Uniterms: enteric tuberculosis, tuberculous peritonitis, intestinal perforation.

RESUMO

A perfuração em peritônio livre é uma complicação da tuberculose intestinal. Os autores apresentam um caso de peritonite devido à tuberculose intestinal. Os sintomas clínicos, achados radiológicos e o tratamento da tuberculose entérica são revisados. O cirurgião deve saber da existência da tuberculose entérica. Embora não existam síndromes ou sintomas patognomônicos, esta doença deve ser incluída no diagnóstico diferencial de pacientes com queixas abdominais vagas, perda de peso e anorexia.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde estima que existam oito milhões de casos de tuberculose, resultando em três milhões de mortes por ano. Isto representa 25% das mortes evitáveis nos adultos em países desenvolvidos. A incidência de tuberculose abdominal no mundo está aumentando em paralelo com outras formas da doença. Na Índia, a tuberculose é responsável por 7% das admissões hospitalares por obstrução intestinal e 6% por perfuração^(2,12).

A tuberculose abdominal é uma doença predominante do adulto jovem e inclui o trato gastrointestinal, peritônio, mesentério, linfonodos abdominais, fígado, baço e pâncreas. Estudos de necropsia observaram envolvimento abdominal em 80% dos pacientes que morrem de tuberculose pulmonar⁽⁸⁾.

As formas mais comuns de tuberculose abdominal são a peritonite tuberculosa, linfadenopatia e envolvimento do intestino delgado e regiões ileocecal. Em qualquer parte do trato gastrointestinal a doença pode evoluir com processo ulcerativo que pode sangrar, perfurar ou

formar fístula ou ainda produzir uma reação hiperplástica, causando obstrução ou apresentar-se como uma massa abdominal. Nestas situações de perfuração aguda ou obstrução intestinal, o tratamento cirúrgico está claramente recomendado^(1,3). Pretendemos neste estudo apresentar um caso de peritonite por perfuração intestinal devido a tuberculose.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 42 anos, lavrador, deu entrada no Serviço de Clínica Médica do Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís - MA, apresentando aumento de volume na região epigástrica, constipação intestinal e tosse com expectoração amarelada. Referia ainda perda de peso sem quantificar. Não apresentava antecedentes mórbidos pessoais e familiares dignos de nota. Os sinais vitais se apresentavam normais e à ectoscopia se encontrava hipocorado (+++/4+), emagrecido e com lesão úlcera da perianal e na língua.

Realizou exames de rotina que mos-

Orlando Jorge Martins Torres

Professor adjunto-doutor, coordenador da Disciplina de Clínica Cirúrgica III e do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Tainor de Melo Lima Neto

Residente de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Eliane Lopes Macedo

Paulo Márcio Sousa Nunes

Tereza Cristina Monteiro de Melo

Jeannie Valéria Gonçalves Costa

Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Trabalho realizado no Serviço de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Endereço para correspondência:

Orlando Torres
Rua Ipanema, 1 - Ed. Luggano BI I/204
São Francisco - CEP 65076-060 - São Luís - MA.

travam: hemoglobina 8,4 g/dl, albumina 1,9 g/dl, bilirrubina total 13,4 mg/dl (direta-9,0 e indireta - 4,4 mg/dl); glicemia 104 mg/dl; realizou ainda anti-HIV (negativo - três exames); PPD não reator; pesquisa de Baar no esputo positivo (duas amostras); radiografia de tórax que demonstrava estrias fibróticas.

A ultra-sonografia do abdome demonstrava discreto aumento do fígado e pequena quantidade de líquido ascítico. A tomografia do tórax evidenciava infiltrado intersticial reticulonodular disseminado em ambos os pulmões, predominando nos dois terços superiores com imagem cavitária; espessamento

pleuroapical bilateral; nódulo residual de lobo inferior de pulmão esquerdo e linfonodos paratraqueais pequenos.

Foi iniciado tratamento para tuberculose com rifampicina, isoniazida e pirazinamida. Após uma semana o paciente apresentou dor e distensão abdominal, piora do estado geral e sinais de irritação peritoneal. Com o diagnóstico inicial de abdome agudo, o paciente foi submetido a tratamento cirúrgico após reposição sanguínea. Os achados operatórios foram presença de grande quantidade de secreção serosa (ascite) na cavidade abdominal, perfuração em nível do ângulo esplênico do cólon, drenando conteúdo entérico, lesões circulares acometendo o intestino delgado e cólon interposto por tecido normal. Foi realizado ressecção intestinal (ângulo esplênico e cólon descendente) e colostomia tipo Hartmann, sendo transferido para a Unidade de Terapia Intensiva. No quarto dia do período pós-operatório drenava secreção através da incisão cirúrgica; foi normalmente submetido a tratamento cirúrgico e verificado líquido ascítico. Paciente evoluiu para óbito após três dias da segunda cirurgia.

DISCUSSÃO

Praticamente todos os casos de tuberculose abdominal são causados por *Mycobacterium tuberculosis*. Com as medidas de saúde pública o *Mycobacterium bovis* tem sido eliminado, porém pode ser uma causa rara de tuberculose intestinal primária, que é devido a ingestão direta do material infectado. A tuberculose intestinal secundária é causada pela ingestão do esputo infectado. Em ambos os casos a bactéria na mucosa e tecido linfóide, tais como as placas de Peyer, estimula uma reação inflamatória, predominantemente na submucosa^(4,10).

Clinicamente estes pacientes podem apresentar uma história de tuberculose pulmonar com tosse persistente, hemoptise, perda de peso, febre, sudorese no-

turna, dor na parede torácica e pneumonia persistente. Estas queixas devem ser investigadas naqueles pacientes com quadro abdominal agudo. Outros importantes achados são derrame pleural, linfadenopatia mediastinal ou cervical com mais de quatro semanas de duração e monoartrite. Alguns destes sinais podem estar presentes na doença predominantemente abdominal, entretanto o aumento da severidade da tuberculose pulmonar eleva a incidência e gravidade do componente abdominal^(7,9).

A tuberculose abdominal é geralmente uma doença crônica, mas alguns estudos notam uma alta incidência da apresentação aguda que requerem tratamento cirúrgico de emergência. A forma mais comum de peritonite tuberculosa é a ascítica em 97% dos casos. O peritônio parietal e visceral se torna progressivamente semeado com tubérculos. O principal sintoma é o “inchaço” abdominal em 82%. Outros sintomas são febre, perda de peso, dor abdominal, diarreia, anemia e sensibilidade abdominal. Radiografia de tórax anormal é observado em 48% dos casos, mas a tuberculose pulmonar ativa se encontra em somente 14% dos pacientes^(3,5).

O local mais comum de envolvimento intestinal da tuberculose é o íleo e região ileocecal, menos comumente no jejuno. Embora 20% a 36% dos pacientes possam apresentar quadro agudo, os sintomas na maioria dos pacientes perduram por meses. Os principais sintomas são dor abdominal, perda de peso, diarreia ou massa palpável na fossa ilíaca direita. Macroscopicamente, podem apresentar-se como úlceras transversais múltiplas, frequentemente com segmentos normais entre eles. A tuberculose colônica isolada usualmente apresentar-se como obstrução intestinal subaguda ou sangramento. Isto é devido a estenose inflamatória ou lesões polipóides hiperplásticas^(3,6,13).

Nos pacientes com sintomas crônicos o diagnóstico diferencial mais importante é com a doença de Crohn, pois os

sintomas de ambas as doenças podem se sobrepor e a distinção das duas pode ser difícil, exceto quando a presença de ascite sugere tuberculose. As lesões colônicas podem ser diagnosticadas como doença de Crohn ou como carcinoma. A tuberculose abdominal pode ser confundida com carcinomatose peritoneal, principalmente no idoso, caquético, que pode também ter ascite. A associação de adenocarcinoma colônico ou ileal com tuberculose tem sido descrita^(10,13).

A investigação se inicia com radiografia de tórax e a cultura do esputo para bacilo resistente com a coloração de Ziehl-Neelsen. Apenas 15% a 20% dos pacientes com tuberculose abdominal apresentam evidências na radiografia de tórax de tuberculose pulmonar ativa. A tuberculina é positiva na maioria dos pacientes, porém com especificidade menor para tuberculose abdominal (77%) que pulmonar (84%). A cultura do líquido ascítico tem sido positivo em até 83% dos casos, mas requer pelo menos um litro de fluido concentrado por centrifugação^(6,7,9).

Os achados ultra-sonográficos de tuberculose abdominal são massa omental, linfadenopatia de baixa alteração com intensificação marginal, massa inflamatória ileocecal, ascite localizada, loculada ou livre de alta densidade, espessamento peritoneal, aderências e enterite do íleo e ceco. A enterite com espessamento mural difuso é inespecífico e deve ser distinguida da doença de Crohn e síndrome de Behçet. Muitos dos achados são também compatíveis com doença maligna avançada^(5,8).

A radiografia do abdome pode mostrar linfonodos calcificados ou granulomas no baço, fígado e pâncreas. A tomografia é melhor que a ultra-sonografia para mostrar ascite de alta densidade e necrose caseosa. Estudos com bário são úteis, mas a distinção entre tuberculose, doença de Crohn e neoplasia é difícil. O diagnóstico pode também ser realizado através de laparoscopia (positivo acima de 85%) ou minilaparotomia^(3,9).

Tem sido estabelecido que o tratamento por seis meses com isoniazida e rifampicina, associado a pirazinamida nos primeiros dois meses geralmente cura a tuberculose de qualquer região, exceto o sistema nervoso central. Uma quarta droga (ethambutol) ou uma quinta (estreptomina) tem sido adicionada nos primeiros dois meses. Não há evidência clara de que a tuberculose abdominal requiera tratamento mais prolongado. O índice de cura de 85% a 90% com recorrência de 5% tem sido alcançado. O uso do corticóide, frequentemente prescritos para tuberculose abdominal, permanece incerto^(6,7,11).

O tratamento cirúrgico, quando realizado em paciente em que o diagnóstico de tuberculose não foi estabelecido é difícil resistir a ressecção de segmento anormal do intestino. Na perfuração do intestino a cirurgia é realizada de emergência. A hemicolectomia direita com 5 cm de margem de segurança de tecido anormal pode ser necessária para uma massa ileocecal e ressecção do intestino delgado para estenose dentro

de um segmento curto, ambos com anastomose término-terminal. Múltiplas estenoses de intestino delgado podem ser tratadas com plastias para evitar grandes ressecções. As fístulas intestinais associadas à deterioração do paciente podem ser uma complicação grave que contribui para a mortalidade destes pacientes^(2,11).

SUMMARY

The perforation into free peritoneum is singular complication of the intestinal tuberculosis. The authors presented a case of peritonitis due to intestinal tuberculosis. The symptomatology, roentgenographic findings, and treatment of enteric tuberculosis are reviewed. The surgeon must be aware of the fact that enteric tuberculosis continues to exist. Though no pathognomonic symptoms or syndrome occur in enteric tuberculosis, this disease should be included in the differential diagnosis of patients with vague abdominal complaints, weight loss, and anorexia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ablin, D.S.; Jain, K.A.; Azouz, E.M. - Abdominal tuberculosis in children. *Pediatr Radiol.* 24: 473-477, 1994.
2. Aston, N.O.; De Costa, A.M. - Abdominal tuberculosis. *Br. J Clin. Pract.* 44: 58-63, 1990.
3. Chen, Y.M.; Lee, P.Y.; Perig, R.P. - Abdominal tuberculosis in taiwan: a report from veterans General Hospital. *Tuber Lung Dis.* 76: 35-39, 1995.
4. Haddad, F.S.; Ghossain, A., Sawaya, E.; Nilson, A.R. - Abdominal tuberculosis. *Dis Colon Rectum.* 30: 724-728, 1987.
5. Kedar, R.P.; Shah, P.P.; Shivder, R.S.; Malde, H.M. - Sonographic findings in gastrointestinal and peritoneal tuberculosis. *Clin Radiol.* 49: 24-26, 1994.
6. Khouruy, G.A.; Payne, C.R.; Harvey, D.R. - Tuberculosis of the peritoneal cavity. *Br. J. Surg.* 65: 808-811, 1978.
7. Lingenfelter, T.; Zak, J.; Marks, I.N., et al - Abdominal tuberculosis: still a potentially lethal disease. *Am J Gastroenterol.* 88: 744-747, 1993.
8. Marshall, J.B.; Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol.* 88: 989-993, 1993.
9. Palmer, K.R.; Patil, D.H.; Basran, G.S.; Riandon, J.F.; Silk, D.B.A. - Abdominal tuberculosis in urban britons - a common disease. *Gut.* 26: 1296-1299, 1985.
10. Sculley, R.E.; Galdabini, J.J.; McNeely, B.V. - Case records of the Massachusetts General Hospital. *N. Engl J. Med.* 303: 445-447, 1980.
11. Subcommittee of the Joint Tuberculosis Committee: Guidelines on the management of tuberculosis an HIV infection in the United Kingdom. *BMJ.* 304: 1231-1238, 1992.
12. Tuberculosis control and research strategies for the 1990s: memorandum from a World Health Organization. *WHO Bull.* 70: 17-19, 1992.
13. Wells, A.D.; Northover, J.M.A.; Howard, E.R. - Abdominal tuberculosis: still a problem today. *J. R. Soc. Med.* 79: 149-153, 1986.