
TUBERCULOSE INTESTINAL - FORMAS COMPLICADAS

CARMEN RUTH MANZIONE NADAL, TSBCP
SIDNEY ROBERTO NADAL, ASBCP
WILMAR ARTUR KLUG, TSBCP
PERETZ CAPELHUCHNIK, TSBCP

NADAL CRM, NADAL SR, KLUG WA, CAPELHUCHNIK P -
Tuberculose intestinal - Formas complicadas. *Rev bras Colo-
Proct.*, 1991; 11(1): 25-28.

RESUMO: Foram estudados 16 pacientes portadores de formas complicadas de tuberculose intestinal, submetidos à cirurgia de urgência nos Pronto-Socorros do Complexo Hospitalar do Mandaqui e da Santa Casa de São Paulo, no período de 1982 a 1986. Onze eram do sexo masculino, e a faixa etária predominante foi a quarta década. Quatorze doentes apresentavam a forma ulcerativa; destes, nove complicaram com perfuração em peritônio livre; três com obstrução; um com hemorragia e um outro com apendicite tuberculosa. Dois apresentavam a forma hipertrófica da doença, complicada por obstrução. Observamos comprometimento de outros órgãos em 15 casos. A morbidade foi alta e a mortalidade foi de 43,75%. As condutas operatórias não foram uniformes. O melhor procedimento cirúrgico, nos casos com peritonite, foi a exteriorização do intestino. A evolução dos pacientes ressecados foi pior.

UNITERMOS: tuberculose; tuberculose abdominal; tuberculose intestinal

A tuberculose continua a ser um importante problema de saúde pública nos países em desenvolvimento (1), apesar do considerável progresso da terapêutica e profilaxia alcançado nas últimas décadas.

A forma intestinal da doença, somente em alguns casos, não é secundária à tuberculose pulmonar (2, 4, 5).

Trabalho realizado na Seção de Cirurgia do Complexo Hospitalar do Mandaqui e no Serviço de Colo-Proctologia do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Atualmente a taxa real de associação entre as duas formas aparece na literatura entre 5 e 80% (2, 4).

A desnutrição associada à insuficiência respiratória desses pacientes faz com que as complicações do tratamento cirúrgico atinjam níveis elevados de morbidade e mortalidade, e a falta de um critério para indicação e conduta operatórias eleva essas taxas a valores alarmantes.

Com o objetivo de sistematizar normas para o tratamento cirúrgico e pós-operatório da tuberculose intestinal analisamos 16 pacientes que foram atendidos e operados pelas equipes dos Pronto-Socorros do Complexo Hospitalar do Mandaqui e da Santa Casa de São Paulo, no período de 1982 a 1986. Foram apreciados os aspectos clínicos, anatomopatológicos e evolutivos da doença.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

O estudo incluiu a análise do quadro clínico, indicação cirúrgica, operações realizadas, exame anatomopatológico e seguimento pós-operatório imediato.

Foram analisados 16 pacientes portadores de tuberculose intestinal complicada. Onze eram do sexo masculino e a faixa etária predominante foi a quarta década da vida.

Quatorze doentes apresentaram a forma ulcerativa da tuberculose, sendo que nove complicaram com perfuração; três com obstrução; um com hemorragia e um outro associava-se com apendicite tuberculosa. Dois revelaram o padrão hipertrófico da doença, complicando com obstrução.

Os principais sinais e sintomas foram: dor abdominal, anorexia, emagrecimento, dispnéia, descompressão brusca dolorosa, vômitos, massa abdominal palpável, diarréia e enterorragia (Tabela 1).

Tabela 1 - Quadro clínico encontrado em 16 pacientes portadores de tuberculose intestinal complicada

| Sinais/Sintomas | Casos | |
|-------------------------------|-------|-------|
| | Nº | % |
| Dor abdominal | 16 | 100 |
| Emagrecimento | 13 | 81,25 |
| Anorexia | 13 | 81,25 |
| Insuficiência respiratória | 12 | 75 |
| Descompressão brusca dolorosa | 10 | 62,5 |
| Vômitos | 9 | 56,25 |
| Febre | 9 | 56,25 |
| Diarréia | 3 | 18,75 |
| Massa abdominal palpável | 3 | 18,75 |
| Enterorragia | 1 | 6,25 |

Fonte: Same CHM; Same Santa Casa de São Paulo

Todos, com exceção de um paciente, apresentavam quadro de desnutrição, evidenciado por emagrecimento superior a 20% do peso habitual, mucosas descoradas, perda de tônus muscular, além da insuficiência respiratória moderada ou grave.

As operações foram executadas por diferentes equipes, conforme o grupo de plantão nos Pronto-Socorros, porém o atendimento pós-operatório foi conduzido por uma única equipe.

Nos casos em que houve perfuração, várias condutas foram tomadas: a) ressecção da alça comprometida com anastomose primária; b) ressecção com ileostomia; c) exteriorização da lesão (Quadro 1).

Quadro 1 - Conduta cirúrgica em 16 portadores de tuberculose intestinal complicada

| Complicações | Conduta | Nº de casos | Óbitos |
|-------------------------|-------------------------|----------------|--------|
| Perfuração (9 casos) | Ressecção e anastomose | 3 | 3 |
| | Ressecção e ileostomia | 3 | 2 |
| | Ileostomia | 3 | 1 |
| Obstrução (5 casos) | Ressecção e anastomose | 2 | - |
| | Ressecção e ileostomia | 1 | - |
| | Ileotransversostomia | 1 | - |
| | Lise de bridas | 1 | - |
| Hemorragia (1 caso) | Laparotomia exploradora | 1 | 1* |
| Apendicite (1 caso) | Apendicectomia | 1 | - |
| Total | | 16 (43,75%) | 7 |

Fonte: SAME CHM; SAME Santa Casa de São Paulo

*Óbito intra-operatório

Nos casos de obstrução foram realizadas ressecção e anastomose primária; ressecção com ileostomia; íleo-transverso-anastomose e lise de bridas em um caso.

O caso com enterorragia foi a óbito no período intra-operatório por choque hipovolêmico grave. Os pacientes

com tuberculose hipertrófica pseudotumoral foram submetidos à colectomia direita e anastomose primária, evoluindo bem.

A suspeita diagnóstica foi feita no pré-operatório de 15 casos, devido à presença de radiografias do tórax com sinais sugestivos de tuberculose pulmonar. Vários doentes referiram tratamento específico.

O tratamento pós-operatório consistiu em reposição hidroeletrólítica adequada, assistência ventilatória, terapêutica antimicrobiana inespecífica (penicilina cristalina, metronidazol e um aminoglicosídeo) e específica (estrep-tomicina). O esquema tríplice foi prescrito após a introdução da dieta oral. Em alguns casos, quando o íleo adinâmico permaneceu por mais de quatro dias e nos pacientes muito debilitados, optou-se por nutrição parenteral.

RESULTADOS

Encontramos a associação com outras localizações da tuberculose em 15 casos (Tabela 2). Foram excluídos do estudo os pacientes que apresentavam complicações como provenientes da doença peritoneal.

Tabela 2 - Localizações extra-intestinais da tuberculose em 16 portadores da moléstia complicada

| Localizações da tuberculose | Nº | Casos | % |
|-----------------------------|----|-------|-------|
| Pulmonar | 13 | | 81,25 |
| Peritoneal | 5 | | 31,25 |
| Pleural | 3 | | 18,75 |
| Meníngea | 1 | | 6,25 |
| Total de pacientes | 15 | | 93,75 |

Fonte: SAME CHM; SAME Santa Casa de São Paulo

Na evolução dos pacientes no período pós-operatório observaram-se piora da dispnéia, distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos de difícil controle, íleo prolongado e quadros infecciosos, incluindo peritonites.

Doze pacientes (75%) apresentaram complicações, em especial supurações de parede; pneumonias; peritonite e septicemia (Tabela 3).

Tabela 3 - Complicações pós-operatórias de 16 portadores de tuberculose intestinal complicada

| Complicações | Casos | |
|-------------------------------|-------|-------|
| | Nº | % |
| Infecção de pele e subcutâneo | 10 | 62,5 |
| Septicemia | 7 | 43,75 |
| Peritonite | 6 | 37,5 |
| Infecção pulmonar | 5 | 31,25 |
| Erosões peri-ileostômicas | 5 | 71,42 |

Fonte: SAME CHM; SAME Santa Casa de São Paulo

DISCUSSÃO

A manifestação intestinal da tuberculose é infreqüente, sendo mais rara ainda a sua complicação. As publicações sobre o assunto são reduzidas, o que explica a inexistência de normas terapêuticas cirúrgicas adequadas.

A tuberculose intestinal atinge ambos os sexos em igual proporção (1, 9, 11), e é mais comum na quarta década da vida (1, 9), embora Schulze e cols. (11) refiram uma média etária em torno dos 52 anos. Em nossa casuística encontramos uma predominância de homens (69%), atingindo principalmente a quarta década.

Alguns autores referem a presença de três formas da doença no intestino: a ulcerativa, a hipertrófica e a hipertrófica ulcerativa (esta última, mista) (1, 2, 4, 11, 12). Al-Bahrani e Al-Saleem (1) relatam que as manifestações da tuberculose intestinal variam de acordo com o estágio da doença; nas formas agudas ulcerativas ocorrem perfuração e hemorragia, e nas crônicas há obstrução e massa palpável. Schulze e cols. (11) comentam que a maioria dos pacientes tem uma história clínica que poderia ser dividida em um estágio crônico com anos ou décadas de duração, ou com dias ou semanas antes da internação. Em nossos pacientes, observamos que nas formas ulcerativas havia uma história curta de pouco dias, e nas hipertróficas houve relato de sintomas há meses, além de tuberculose pulmonar tratada há anos. Não se observou nenhum da forma mista (úlcero-hipertrófica).

O quadro clínico depende da complicação encontrada e da forma da doença. Existem sintomas e sinais devidos ao comprometimento geral e aqueles determinados em função do tipo de complicação específica. Al-Bahrani e Al-Saleem (1) referem que a dor abdominal, perda de peso, inapetência e mudança no hábito intestinal são os sintomas mais freqüentes. Dados semelhantes são descritos por Schulze e cols. (11) e em nosso meio por Bromberg e cols. (2), sendo coincidentes com nossa casuística.

Tabrisky e cols. (12) e Fava e cols. (4) relatam casos onde a complicação da doença ocorreu na vigência do tratamento clínico. Em nosso material houve cinco pacientes cujo início dos sintomas ocorreu após 2 a 4 semanas de instalação do tratamento clínico. Iniciaram com dor abdominal, em cólicas posteriormente acompanhadas por vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. A demora do tratamento para essa situação permitiu que evoluíssem com quadro perfurativo.

Segundo Al-Bahrani e Al-Saleem (1) a cirurgia não é uma alternativa ao tratamento clínico. Galloway e Scott (5), Beart Jr. (6) e Bromberg e cols. (2), em nosso meio, preconizam a cirurgia apenas nos casos de complicação.

Como complicações da tuberculose intestinal temos a obstrução, perfuração, hemorragia e fístulas (5, 6). Em nossos casos encontramos nove perfurações (56,25%),

cinco obstruções (31,25%) e uma hemorragia (6,25%).

Nos casos de perfuração, a taxa de óbitos é elevada (4, 10). Al-Bahrani e Al-Saleem (1), porém, ao indicarem ressecção para todos os tipos de complicação, citam somente 2% de mortalidade. Outros autores indicam a sutura simples para esses casos (5, 6). Nós preferimos a exteriorização do ferimento através de uma ileostomia, devido ao fato de que em nossos casos foram esses pacientes os que melhor evoluíram. Nos casos de ressecção, a mortalidade foi de 100%.

Nos casos de obstrução a conduta também é variável e alguns referem bons resultados com a estrituroplastia, derivações êntero-enterais ou ressecção (1, 5, 6, 10). Em nossos casos realizaram-se vários procedimentos e todos os pacientes evoluíram bem, não ocorrendo mortes nesta série.

As apendicites tuberculosas são muito raras, segundo Patel (8), e podem se manifestar como uma apendicite do tipo piotogênico, invariavelmente diagnosticada pelo exame anatomopatológico da peça ressecada, embora a associação com tuberculose pulmonar freqüentemente ocorra. O tratamento é a apendicectomia e o prognóstico com o esquema tríplice é excelente. O mesmo observamos no caso por nós operado.

As lesões intestinais são encontradas associadas à forma pulmonar em 70 a 87% (2, 5). Em nossos casos encontramos essa associação em 81% dos casos, ou seja, em todos aqueles onde existia a forma ulcerativa; nos pacientes com a manifestação hipertrófica havia relato de tuberculose tratada há anos.

A elevada taxa de complicações e de óbitos é devida principalmente ao estado geral comprometido desses pacientes, e as mortes resultam do quadro toxêmico (2, 4). Em nossa casuística encontramos morbidade de 75% e mortalidade de 43,75%, principalmente devido à piora do quadro de insuficiência respiratória, agravado por desnutrição e toxemia.

Ocorreram sete óbitos (43,75%), entre o 2o e o 13o dias de pós-operatório e a causa mortis foi determinada por necropsia. Foram observadas tuberculose pulmonar com comprometimento bilateral extenso, edema pulmonar e septicemia. Dois pacientes apresentavam tuberculose pleural associada. No caso em que o óbito ocorreu por hemorragia, constatou-se tuberculose intestinal primária, sendo a causa mortis o choque hipovolêmico.

O prognóstico é pior na forma ulcerativa, com mortalidade de 19 a 38% (6), devido à peritonite e septicemia. Encontramos o mesmo em nossos casos, sendo que não ocorreram mortes nas formas hipertróficas e nas ulcerativas sem perfuração.

Nos casos em que há dúvida diagnóstica, alguns exames se impõem, como, por exemplo, a radiografia contrastada (6, 11), e mais recentemente a colonoscopia, que poderá esclarecer o diagnóstico diferencial principalmente com doença de Crohn (3, 9).

CONCLUSÕES

- 1) As formas de tuberculose intestinal encontradas foram a ulcerativa e a hipertrófica.
- 2) As complicações encontradas foram: obstrução; hemorragia; apendicite e perfuração, sendo esta última a mais grave.
- 3) O tratamento cirúrgico mais adequado para as formas perforativas foi a exteriorização.
- 4) O suporte nutricional (NPP) foi importante na melhora das condições gerais dos pacientes.

NADAL CRM, NADAL SR, KLUG WA, CAPELHUCHNIK P - Intestinal tuberculosis - Complicated forms.

SUMMARY: Sixteen cases of complicated intestinal tuberculosis were studied. Eleven were males and the mean age was forty years. The main complications were: perforation (9 cases); obstruction (five cases); hemorrhage and appendicitis (one case each). The post-operative complications rate was very high and the mortality was 43.75%. The best choice for treatment of perforated cases was ileostomy and the worse was primary resection.

KEY WORDS: tuberculosis; abdominal tuberculosis; intestinal tuberculosis

REFERÊNCIAS

1. Al-Bahrani ZR, Al-Saleem T. Intestinal tuberculosis in Iraq. *Int Surg* 1982; 67: 483-85.
2. Bromberg SH, Habr-Gama A, Lima MT, Dias JCS, Goffi FS, Yamaguchi N. Tuberculose intestinal - Estudo de 23 pacientes. *Rev Paul Med* 1974; 84: 143-151.
3. Ehsannullah M, Isaacs MA, Filipe MI, Path MRC, Gazzard BG. Tuberculosis presenting as inflammatory bowel disease. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 134-136.
4. Fava J, Rasslan S, Gikovate F, Mandia Neto J, Mileto AC. Peritonite aguda por úlcera intestinal tuberculosa perfurada. *Rev Ass Med Brasil* 1976; 22: 337-340.
5. Galloway DJ, Scott RN. Gastrointestinal tuberculosis. *Scott Med J* 1986; 31: 239-241.
6. Haddad FS, Ghossain A, Sawaya E, Nelson AR. Abdominal tuberculosis. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 724-35.
7. Kasulke RJ, Anderson WJ, Gupta SK, Gliedman ML. Primary tuberculosis enterocolitis. Report of three cases and review of the literature. *Arch Surg* 1981; 116: 110-116.
8. Patel PA. Tuberculous appendicitis. *Br J Surg* 1975; 29: 87-90.
9. Radhakrishnan S, Al Nakib B, Shaikh H, Menon NK. The value of colonoscopy in schistosomal, tuberculous and amebic colitis - Two-year experience. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 891-895.
10. Rasslan S, Klug WA, Mandia Netto J, Fava J, Saad Jr. R, Gonçalves AJ. Tuberculose intestinal complicada. *Rev Assoc Med Bras* 1984; 30: 39-42.
11. Schulze K, Warner HA, Murray D. Intestinal tuberculosis - Experience at a Canadian teaching institution. *Am J Med* 1977; 63: 735-45.
12. Tabrisky J, Lindstrom RR, Peters R, Lachman RS. Tuberculous enteritis. *Am J Gastroenterol* 1975; 63: 49-57.

Endereço para correspondência:

Carmen Ruth Manzione Nadal
Rua Dona Ana Neri, 1.115
01522 - São Paulo - SP