

AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA

Vivian Silva de Medeiros

Ingrid Oliveira Vieira

Gerlânia Simplicio de Sousa

**DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL COMO FATOR RISCO DE RECIDIVA DE
TUBERCULOSE PULMONAR: UM RELATO DE CASO**

CABEDELO- PB

2022

Vivian Silva de Medeiros
Ingrid Oliveira Vieira
Gerlânia Simplicio de Sousa

**DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL COMO FATOR RISCO DE RECIDIVA DE
TUBERCULOSE PULMONAR: UM RELATO DE CASO**

Trabalho Científico do Curso apresentado à Afya
Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, como
requisito parcial à graduação no curso de Medicina

CABEDELO- PB
2022

DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL COMO FATOR RISCO DE RECIDIVA DE TUBERCULOSE PULMONAR: UM RELATO DE CASO

Vivian Silva de Medeiros¹; Ingrid Oliveira Vieira¹; Gerlânia Simplicio de Sousa²

¹ Acadêmica de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba / Afya, Cabedelo-PB;

² Docente de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba / Afya, Cabedelo-PB;

RESUMO

A tuberculose pulmonar representa um importante problema de saúde pública mundial. É causada pela bactéria *Mycobacterium Tuberculosis*. O diagnóstico é dado através da associação entre os sintomas clínicos e os achados bacteriológicos e/ou radiológicos. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de tuberculose pulmonar recidivante confirmada de uma jovem de 23 anos que evoluiu com sintomas gastrointestinais. No caso clínico aqui relatado buscou-se uma associação da tuberculose pulmonar com doenças inflamatórias intestinais (DII), que são doenças idiopáticas e autoimunes.

Palavras-chave: Tuberculose pulmonar. Doenças Inflamatórias Intestinais. Tuberculose Recidivante. Tuberculose Adulto.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), descrita antigamente como tísica, foi descoberta no século XIX, como peste branca, ao destruir centenas de milhares de pessoas ao redor do mundo¹. É caracterizada como uma infecção causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch, que ataca principalmente os pulmões, e ao atingi-los é chamada de tuberculose pulmonar, entretanto, poderá manifestar-se em diversas partes do organismo, sendo assim, tuberculose extrapulmonar².

Epidemiologicamente, a região das Américas equivale cerca de 3,0% do volume mundial de tuberculose, evidenciando os países como Brasil (33,0%), Peru (14,0%), México (9,0%) e Haiti (8,0%). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil ocupa a 20ª posição quanto à carga da doença e a 19ª referente à coinfeção TB-HiV³.

O diagnóstico clínico é dado pelos sintomas predominantes da TB pulmonar como, tosse por três semanas ou mais, febre, adinamia, anorexia, sudorese noturna. Para o diagnóstico bacteriológico poderá fazer baciloscopia do escarro, cultura para micobactérias e também através do teste molecular Xpert MTB/RIF ou teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), que detecta também cepas resistentes à Rifampicina. A radiografia de tórax e a tomografia computadorizada são essenciais para saber a forma de apresentação da doença².

O tratamento da tuberculose tem como principal função a cura e a redução da transmissão da doença, utilizando o esquema básico, dois meses a fase intensiva, rifampicina (R), isoniazida (H), pirazinamida (Z), etambutol (E) e quatro meses a fase de manutenção com rifampicina (R) e isoniazida (Z)⁴. Caso o paciente seja sensível a dois ou mais medicamentos do esquema básico,

é introduzido o esquema para tuberculose multirresistente que consiste em, Bedaquilina, levofloxacina, linezolida e terizidona por 6 meses, e bedaquilina, clofazimina, levofloxacina, linezolida e terizidona por 6 meses para a manutenção ⁵.

A doença inflamatória intestinal (DII) envolve condições como a doença de Crohn e a retocolite ulcerativa idiopática que se retratam de forma recorrente e imunológica e tem como órgão alvo o intestino, tornando o processo inflamatório crônico⁶.

A etiologia da DII tem origem desconhecida, eventualmente multifatorial, onde preconiza-se indivíduos geneticamente predispostos ao interagir com fatores ambientais, gatilhos de doenças que possam desencadear respostas imunológicas descontroladas levando a um processo inflamatório intestinal crônico⁶.

As doenças inflamatórias tem como base o tratamento por imunobiológicos e estes por sua vez podem ter predisposição para adoecimento de tuberculose ativa pulmonar e extrapulmonar ⁷.

O objetivo deste artigo foi relatar um caso de tuberculose pulmonar recidivante confirmada de uma jovem de 23 anos de idade que evoluiu com sintomas gastrointestinais. No caso clínico relatado, buscou-se uma associação da tuberculose pulmonar com doenças inflamatórias intestinais (DII), que são doenças idiopáticas e autoimunes.

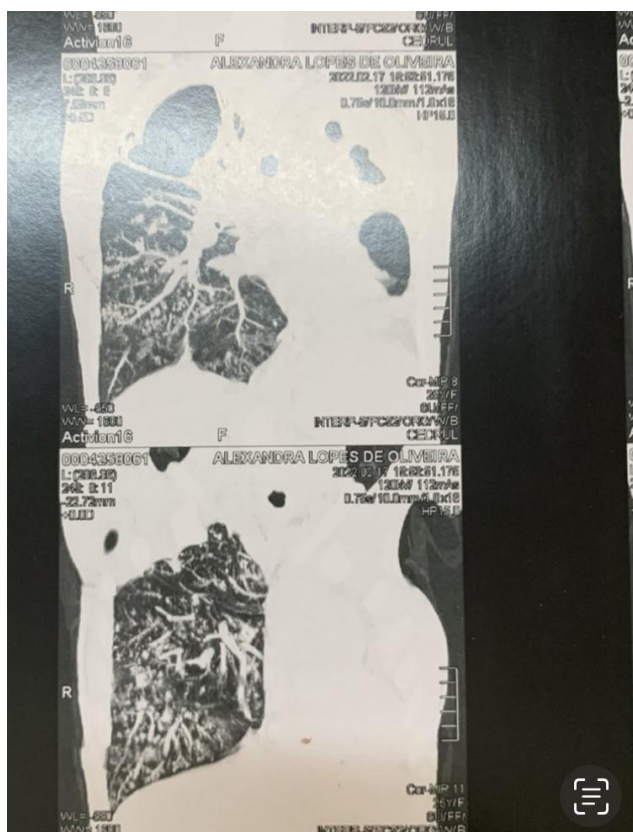
RELATO DE CASO

Paciente A.P.S. feminina, natural de João Pessoa- PB, 23 anos, casada, refere dispneia de forte intensidade desde dezembro de 2020, acompanhada de tosse seca e perda de peso, sendo internada no Hospital São Luiz, João Pessoa - PB, onde foi tratada para pneumonia com antibióticos, onde obteve melhora da tosse seca. Em janeiro de 2021, piora dos sintomas respiratórios como tosse e dispneia, levando a procurar o Hospital Edson Ramalho, João Pessoa- PB, onde permaneceu por sete dias e obteve diagnóstico de COVID-19. Realizou tratamentos para tuberculose pulmonar nos anos de 2015, 2017, 2019, em 06/2020 realizou Rx de tórax PA+PERFIL para controle do tratamento da tuberculose mostrou atelectasia do pulmão esquerdo.

Persistindo com os sintomas realizou o exame de Pesquisa de BAAR, cujo resultado foi positivo para tuberculose em 2021, sendo tratada regularmente com uso de esquema básico (RIZE). Devido vários tratamentos de tuberculose pulmonar com destruição do parênquima pulmonar e doença avançada, foi cogitado a possibilidade de transplante pulmonar, entretanto, foi realizado diagnóstico de doença inflamatória intestinal por biópsia guiado por endoscopia digestiva alta e colonoscopia, cujo resultados do histopatológico do esôfago, íleo terminal, cólon esquerdo e direito, foram de, esofagite crônica inespecífica em atividade moderada; ileíte crônica folicular inespecífica; colite crônica inespecífica. Colonoscopia, sem alterações. Foi solicitado também uma tomografia computadorizada, devido a doença avançada pulmonar, cujo resultado foi, cavidades císticas aéreas de forma e dimensões variadas ocupando os campos pleuropulmonares bilateralmente, apresentado discreto espessamento parietal e conteúdo com

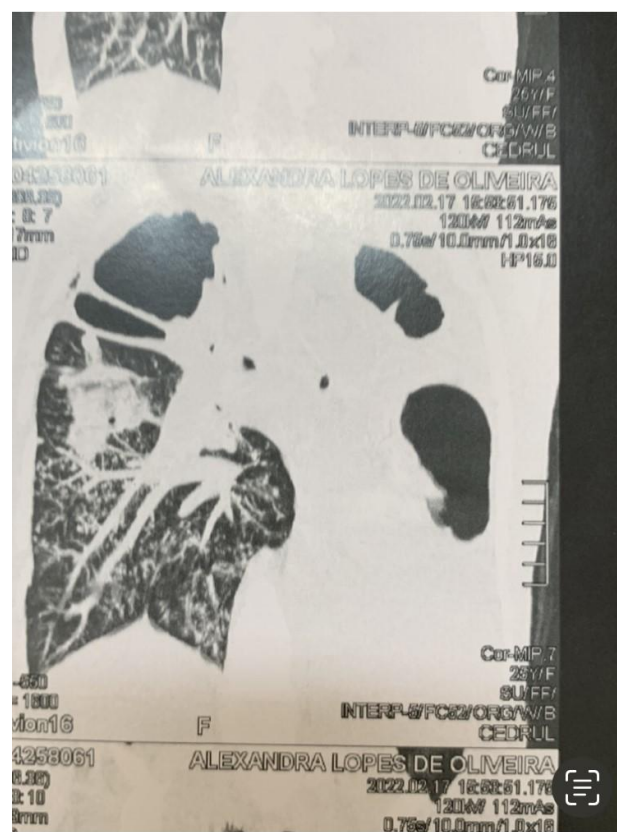
discreto nível líquido, o segmento posterior do lobo superior do pulmão direito medindo 6,7 x 6,7 x 5,4 cm; segmento superior do lobo inferior do pulmão direito medindo 7,6 x 6,0 x 4,1 cm; lobo superior do pulmão esquerdo medindo 4,7 x 4,2 x 3,2 cm; lobo inferior do pulmão esquerdo medindo 11,2 x 7,3 x 7,0 cm; redução volumétrica do pulmão esquerdo, não sendo evidenciado parênquima pulmonar, notando-se desvio das estruturas mediastinais para a esquerda e elevação da cúpula diafragmática homolateral; espessamento pleuroapical bilateral; bronquiectasias císticas e cilíndricas localizadas no lobo superior, no lobo médio, e no segmento superior do lobo inferior do pulmão direito, associado a espessamento parietal brônquico difuso e áreas de impactação mucóide. Porém, as queixas abdominais eram persistentes, como, dor abdominal difusa, flatulência e diarreia. No exame físico permanecia restrita ao leito, emagrecida, com SPO2: 98 % com uso de 5 litros de oxigênio por cateter nasal contínuo, murmúrio vesicular abolido em dois terços inferiores de pulmão esquerdo; abdome globoso e flácido.

**FIGURA 1 - TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA DO PULMÃO**



Fonte: Acervo pessoal

**FIGURA 2 - TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA DO PULMÃO**



Fonte: Acervo pessoal

DISCUSSÃO

A ocorrência da tuberculose pulmonar como complicação das doenças inflamatórias intestinais é esporadicamente relatada na literatura. Chama a atenção para um possível correlação o fato da doença inflamatória intestinal apresentar diversas manifestações extra intestinais. Como complicações pulmonares existem as doenças das vias aéreas, doenças pulmonares intersticiais, principalmente a bronquiolite obliterante com pneumonia em organização, pneumonia intersticial não específica e sarcoidose, a vasculite pulmonar, nódulos pulmonares necróticos e serosite⁸.

No caso aqui relatado, o diagnóstico foi confirmado pela baciloscopia e teste rápido molecular no escarro de tuberculose pulmonar, com realização do tratamento. Após sintomas gastrointestinais foi sugerida a associação de tuberculose pulmonar com doença inflamatória intestinal, sendo assim foi buscado estudar a possível correlação entre as duas doenças para contribuir com um melhor diagnóstico, prognóstico e tratamento em pacientes que possuem as doenças de forma simultânea, mesmo tendo uma prevalência baixa, fato que dificulta o estudo⁹.

As doenças inflamatórias intestinais envolvem manifestações no trato intestinal de forma crônica. Sintomatologia como diarreia, vômitos, fortes dores abdominais, emagrecimento e pode incluir doenças sistêmicas. Os tipos mais frequentes são a retocolite ulcerativa idiopática (RCUI) e a doença de Crohn (DC). Podem acometer da boca ao ânus, sendo na Doença de Crohn mais evidenciados em íleo terminal e cólon e na retocolite ulcerativa idiopática o cólon¹⁰.

O diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais é obtido interligando a sintomatologia com exames endoscópicos, laboratoriais, radiográficos e histopatológicos. O tratamento baseia-se no alívio dos sintomas da forma aguda, entretanto não previne de recidivas. Os fármacos mais utilizados são o ácido 5-aminossalicílico (sulfassalazina), corticosteróides, antibióticos e imunossupressores¹¹.

A tuberculose tem uma certa limitação em relação ao tratamento porque ela é uma doença infecciosa, imunossupressora⁷ e nos casos das doenças inflamatórias há uma necessidade de usar a corticoterapia e imunobiológicos os quais favorecem a cronificação e proliferação da doença infecciosa¹².

CONCLUSÃO

Diante do caso é demonstrado a importância da investigação de pacientes portadores de tuberculose pulmonar a associação com doenças inflamatórias intestinais. A diferenciação entre as patologias associadas é um diagnóstico muito importante.

Esse estudo buscou compreender melhor a associação das patologias, com o propósito de avançar quanto ao diagnóstico e tratamento de pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais e tuberculose pulmonar.

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.
Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde : tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- 3- Silva DR, Rabahi MF, Sant'Anna CC, Silva-Junior JLR, Capone D, Bombarda S, et al. Diagnosis of tuberculosis: a consensus statement from the Brazilian Thoracic Association. *J Bras Pneumol.* 2021;47(2):e20210054.
- 4- Rabahi MF, Silva Júnior JLR, Ferreira ACG, Tannus-Silva DGS, Conde MB. Tuberculosis treatment. *J Bras Pneumol.* 2017;43(6):472-486.
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. Nota informativa No. 9/2021-CGDR/ SVS/ MS.
- 6- Zaltman, Cyrla. Doença inflamatória intestinal: qual a relevância da doença no Brasil?. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, p. 992-993, 2007.
- 7- Amorim RF, Viegas ERC, Carneiro AJV, et al. Superiority of Interferon Gamma Assay Over Tuberculin Skin Test for Latent Tuberculosis in Inflammatory Bowel Disease Patients in Brazil. *Dig Dis Sci.* 2019;64(7):1916-1922. doi:10.1007/s10620-019-5475-3
- 8- Athayde RAB, a , Costa FM, b , Nascimento ECT, c , et al. Pulmonary involvement in Crohn 's disease. *J Bras Pneumol.* 2018;44(6):519-52.
- 9- Cabral, Marina. Associação entre doença de Crohn e sarcoidose pulmonar: revisão sistemática da literatura e análise descritiva dos resultados / Marina Campos Simões Cabral -Salvador, 2013.

- 10- Cambui, Y. R. S., & Natali, M. R. M. (2015). Doenças inflamatórias intestinais: revisão narrativa da literatura. Revista Da Faculdade De Ciências Médicas De Sorocaba, 17(3), 116–119.
- 11- CABRAL, Mariana; ABBY, Flávio. Diagnóstico das Doenças Inflamatórias Intestinais. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE), [S.l.], v. 11, n. 4, set. 2014. ISSN 1983-2567.
- 12- ESBERARD, Bárbara. Etiopatogenia das doenças inflamatórias intestinais. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE), [S.l.], v. 11, n. 4, set. 2014. ISSN 1983-2567.