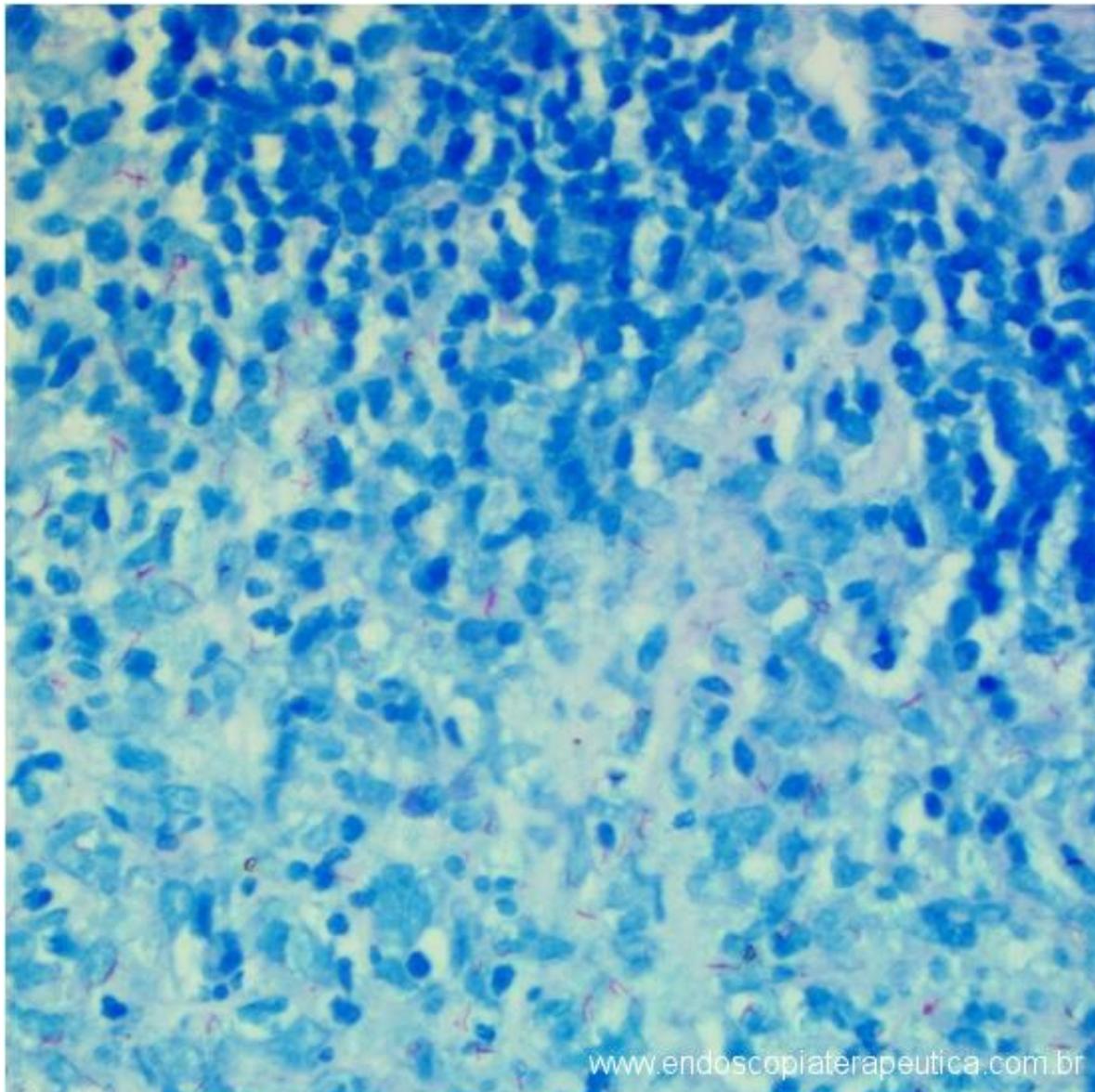


Paciente de 64 anos com quadro de perda de peso, dor abdominal, febre não aferida e diarreia com muco e sangue ha 3 meses.

Realizou colonoscopia que demonstrou várias ulcerações no cólon e íleo terminal, que foram biopsiadas.



```
(function(d, s, id){ var js, fjs = d.getElementsByTagName(s)[0]; if (d.getElementById(id)) {return;} js =  
d.createElement(s); js.id = id; js.src = "//connect.facebook.net/en_US/sdk.js";  
fjs.parentNode.insertBefore(js, fjs); }(document, 'script', 'facebook-jssdk'));
```

Facebook

Apenas nos diga quem você é para ver o resultado!

Mostrar meu resultado >>



Diarreia e úlceras colônicas

Acertei %%score%% em %%total%%

Compartilhe seus resultados

Facebook

Facebook

Twitter

Google+

```
/* JS debug. Use $_GET['wpvq_js_debug'] to enable it. */ var wpvq_js_debug = false;
```

```
var wpvq_ans89733 = {"a9374":{"640":"0","641":"0","642":"0","643":"1","644":"0"},"ra98euef":{"130": {"ai0099":"643","e9878":
```

A tuberculose intestinal geralmente ocorre como complicação da doença pulmonar e é causada pela deglutição de escarro infectado. Ela também pode surgir de forma isolada através da ingestão de leite contaminado (rara atualmente), por disseminação hematogênica e ainda por implante de bacilos de focos

contíguos.

Sua ocorrência é maior em países tropicais e subdesenvolvidos. A idade média do diagnóstico é em torno dos 40-50 anos e acomete mais homens do que mulheres.

As lesões intestinais e colônicas são descritas em quatro formas: hipertrófica, ulcerativa, hipertrófica-ulcerativa e esclerótica. O acometimento é predominante na região ileocecal e no cólon direito. As úlceras tendem a ser superficiais, com fundo fibrinoso, bordas levemente elevadas e geralmente de orientação transversa no cólon. Podem ser notadas também retrações cicatriciais, pseudopólipos e formação de massa com estenose intestinal.

A estase fisiológica do íleo e região ileocecal associada à alta concentração de tecido linfóide nesta área são os principais fatores pelos quais a região ileocecal constituiu o sítio de maior comprometimento. Também podem ocorrer, mas com menor frequência, úlceras na língua, lábios e faringe. Acometimento do esôfago e estômago é bastante raro.

Palidez cutânea, perda ponderal, sudorese noturna, febre são os achados mais comuns ao exame físico. O principal achado no exame abdominal é a dor, variando de 85% a 100% dos casos, sendo, às vezes, acompanhada de massa palpável. Diarreia é um achado frequente. A complicação mais comum é a obstrução intestinal, na maioria das vezes intermitente e parcial. Perfuração e hemorragia intestinal também podem ocorrer.

O diagnóstico costuma ser difícil e muitas vezes feito apenas após o tratamento da complicação intestinal. Ele é realizado através da demonstração histológica de bacilos álcool-ácido resistentes nas lesões ou pela cultura. O PPD é positivo em 50% a 70% dos casos, mas tem valor diagnóstico limitado, pois não distingue entre doença ativa e sensibilização. A radiografia simples de tórax ou a tomografia podem mostrar alterações sugestivas de tuberculose pulmonar em 20% a 50% dos casos.

Quase 80% das lesões intestinais são encontradas associadas à forma pulmonar e boa parte dos diagnósticos de TB pulmonar são feitos apenas após o diagnóstico da complicação intestinal.

A tuberculose gastrointestinal costuma responder bem à terapêutica medicamentosa. A terapia cirúrgica está indicada nos casos de complicações como perfuração livre, perfuração com abscesso, obstrução, fístulas ou hemorragias e também na dúvida diagnóstica.

As biópsias do caso apresentado confirmaram a presença de BAAR confirmando o diagnóstico de tuberculose. Posteriormente a paciente realizou uma tomografia de tórax que demonstrou achados compatíveis com tuberculose pulmonar iniciando o tratamento medicamentoso.

As biópsias visualizadas no enunciado mostram um granuloma epitelióide. A coloração pelo Ziehl-Nielsen (pesquisa de BAAR) mostra inúmeros bacilos avermelhados (micobactérias), viáveis. As células presentes no granuloma são de tipo epitelióide (alongadas) com pequena quantidade de linfócitos.

Referências

Mendes W et al. Tuberculose intestinal como causa de obstrução intestinal: Relato de caso e revisão de

literatura. Rev bras. colo-proctol. 2011; 29(4)

Almeida B et al. Tuberculose intestinal – um diagnóstico a voltar a considerar. Rev Port Coloproct 2011;8(1):12-19.

Sato S et al. Colonoscopy in the diagnosis of intestinal tuberculosis in asymptomatic patients. Gastrointest Endosc. 2004 Mar;59(3):362-8.

Moka P et al. Endoscopic features of gastrointestinal tuberculosis and Crohns disease. J Digest Endoscopy 2017;8(1)1-11

}}};

```
/* Global var */ var wpvq_front_quiz = true; // useful for wpvq-front-results var quizName = "Diarreia e úlceras colônicas"; var quizId = 128; var totalCountQuestions = 1; var askEmail = false; var askNickname = false; var forceToShare = false; var wpvq_type = "WPVQGameTrueFalse";
```

```
var wpvq_hideRightWrong = false;
```

```
var wpvq_refresh_page = false; var wpvq_force_continue_button = false; var wpvq_browser_page = 0; var wpvq_answersStatus = []; var wpvq_countQuestions = false;
```

```
var wpvq_scroll_top_offset = 0; var wpvq_scroll_speed = 750;
```

```
var wpvq_autoscroll_next_var = false; var wpvq_progressbar_content = 'percentage'; var wpvq_wait_trivia_page = 1000;
```

```
var i18n_wpvq_needEmailAlert = "Você precisa fornecer um email para ver os resultados."; var i18n_wpvq_needNicknameAlert = "Você tem que fornecer um nickname para ver seus resultados."; var wpvq_checkMailFormat = true;
```

```
var wpvq_local_caption = 'Acertei %%score%% em 1'; var wpvq_refresh_url = '//endoscopiaterapeutica.com.br/wp-content/plugins/kalins-pdf-creation-station/kalins_pdf_create.php?singlepost=po_8178&&wpvqas=%%wpvqas%%'; var wpvq_share_url = 'https://endoscopiaterapeutica.com.br/quiz/quiz-diarreia-e-ulceras-no-colon/'; var wpvq_facebook_caption = 'Acertei %%score%% em 1 , e você?'; var wpvq_facebook_description = '%%details%%'; var wpvq_facebook_picture = null;
```



```
var wpvq_redirection_page = "";
```