

A tuberculose intestinal (TBI) perfaz cerca de 2% dos casos totais de tuberculose. Por se tratar de uma doença endêmica no Brasil, o gastroenterologista e/ou endoscopista irá se deparar com a TBI em algum momento de sua prática médica.

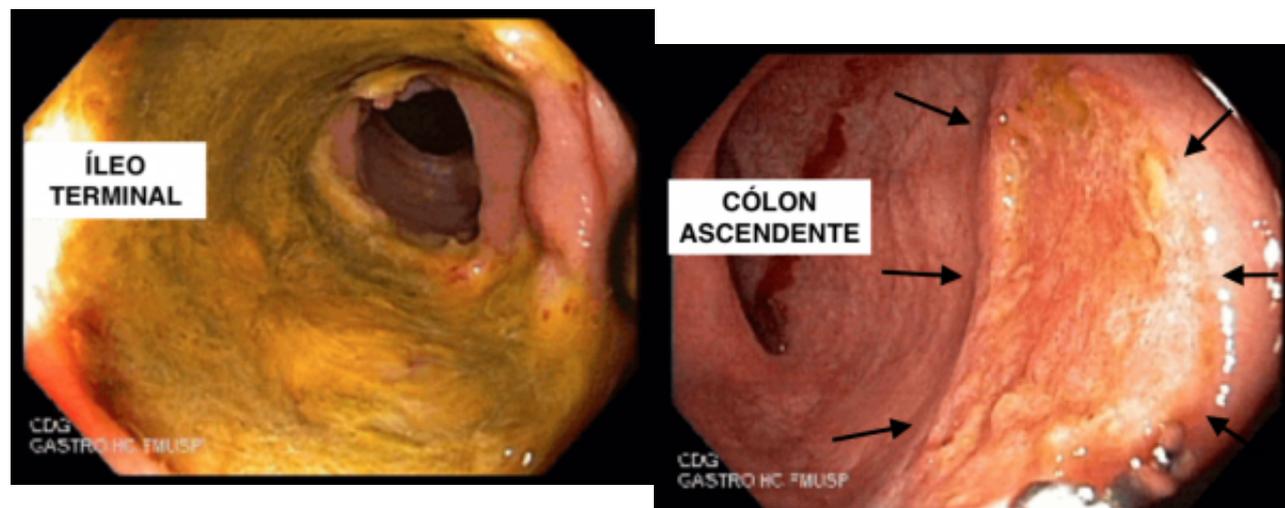
O grande dilema da TBI é a dificuldade diagnóstica, uma vez que os sintomas são inespecíficos e podem mimetizar outras patologias tais como doença de Crohn e malignidades. Mesmo em locais endêmicos as taxas de erro diagnóstico são bem elevadas (em torno de 50 a 70%). Desta maneira, pacientes com TBI tem um atraso no diagnóstico e no início do tratamento específico, e ainda pode ser pior quando a terapia imunossupressora é erroneamente instituída no casos “Crohn-like”.

Na TBI o segmento mais frequentemente acometido é a região ileocecal, e isto é atribuído à maior abundância de tecido linfoide nesta região, além de ter uma maior estase de material fecal propiciando maior absorção e contato do bacilo com a mucosa intestinal. O cólon direito é o segundo local mais acometido e pode ser explicado pelo fato de o trânsito ser mais lento em relação ao delgado e com isso há uma maior exposição dos bacilos à mucosa colônica.

Os achados tomográficos que podem suspeitar de TBI são: espessamento de parede intestinal, linfadenopatia abdominal com necrose central, coleções intra-abdominais e inflamação peritoneal. A ressonância do abdome é útil para delimitar melhor a inflamação peritoneal. O USG pode ser utilizado para detectar estenoses de delgado, inflamações no omento e ascite.

O PPD e o quantiferon possuem baixa sensibilidade e especificidade. A histopatologia pode ser positiva em 54% dos casos e a confirmação microbiológica varia entre 18 a 50%.

A EDA não é útil para os casos de TBI. A colonoscopia é imprescindível com visualização direta da mucosa, avaliação de estenoses e/ou fístulas além de permitir realização de biópsias para histologia e cultura. Achados como ileíte ulcerada (ver imagem abaixo), úlceras transversais (ver imagem abaixo), acometimento da válvula ileocecal, pseudodivertículos levam a suspeição de TBI. O acometimento do cólon esquerdo, presença de úlceras longitudinais, úlceras aftosas e lesões salteadas falam mais a favor de doença de Crohn.



Tuberculose intestinal. À esquerda: Úlcera profunda circunferencial em íleo terminal. À direita: Úlcera transversal

em cólon ascendente

A laparoscopia algumas vezes deve ser feita. É segura, efetiva e com sensibilidade de mais de 92% para o diagnóstico de TB com envolvimento peritoneal.

Algumas dicas para tentar diferenciar a TBI de uma DII são:

QUADRO CLÍNICO	TB INTESTINAL	D. CROHN
	Comum ter febre baixa, sudorese noturna.	