

**TUBERCULOSE ESOFÁGICA PRIMÁRIA – RELATO DE CASO****PRIMARY ESOPHAGEAL TUBERCULOSIS – CASE REPORT**

Sérgio Ricardo Pioner, TCBC-RS<sup>1</sup>; Daniel Rech<sup>2</sup>; Lucas Menegotto<sup>2</sup>;  
Felipe Pioner Machado<sup>3</sup>; Ciana Santos Indicatti<sup>4</sup>

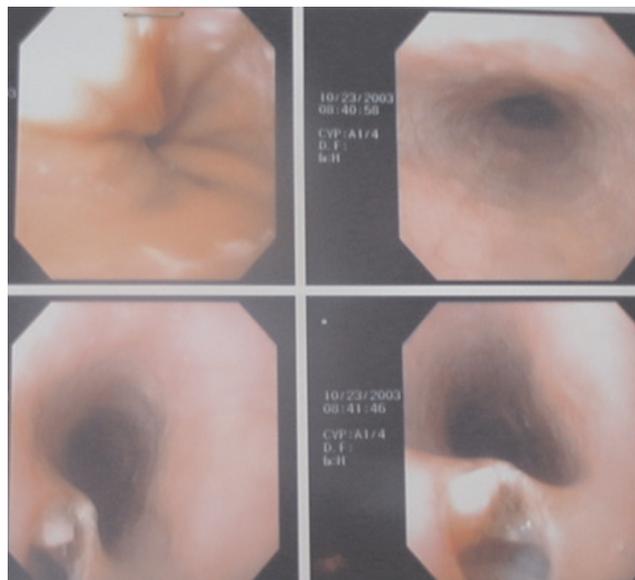
**INTRODUÇÃO**

A tuberculose vem aumentando de incidência nas últimas três décadas devido ao aumento dos casos de imunossupressão. Aproximadamente dois bilhões de pessoas estão infectadas pelo bacilo e 8 milhões de novos casos são diagnosticados por ano<sup>1</sup>.

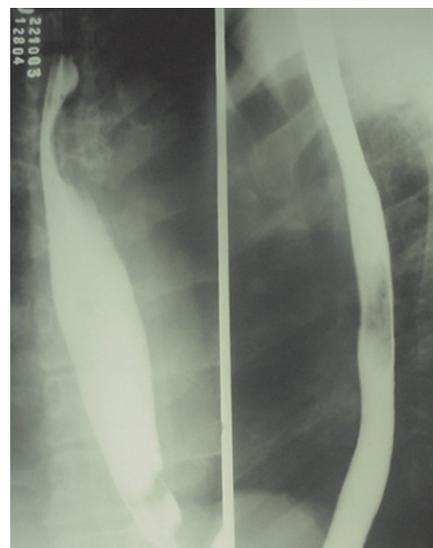
A tuberculose no esôfago é um evento extremamente raro, sendo normalmente secundária ao comprometimento mediastinal e linfático hilar. Em 1913, Lockard observou acometimento em 0,15% dos pacientes que foram a óbito por tuberculose<sup>2</sup>. O primeiro caso de envolvimento deste órgão foi descrito em 1837, por Denonvilliers, em autópsia; porém, o primeiro caso de tuberculose esofágica primária foi descrita por Torek, em 1931<sup>3,4</sup>. Os autores apresentam um caso de tuberculose esofágica primária, em paciente com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

**RELATO DO CASO**

Mulher, 40 anos, foi admitida no Departamento de Cirurgia Geral da Santa Casa de Porto Alegre com quadro de disfagia progressiva, odinofagia, dor retroesternal, febre e emagrecimento de 11 Kg em dois meses. A paciente era portadora de SIDA, em tratamento com zidovudina, lamivudina e nelfinavir desde 2001, porém sem aderência ao tratamento, imunologicamente instável, com contagem de linfócitos T CD4+ 15/mm<sup>3</sup> e carga viral de 50000 cópias/mm<sup>3</sup>. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, hidratada, corada, acianótica, eupneica; com períodos intermitentes de febre (39°C), abdome indolor à palpação. Realizado endoscopia digestiva alta que evidenciou grande lesão ulcerada de bordo regular, presença de exsudato brancacento grumoso recobrimdo a mucosa (Figura 1). A biópsia demonstrou presença de necrose caseosa e bacilo álcool-ácido resistente (BAAR). Rx de esôfago contrastado demonstrou presença de úlcera no terço superior do esôfago (Figura 2). A tomografia computadorizada apresentava zona estenosante nessa mesma porção com adenopatias mediastinais. O Rx de Tórax apresentava infiltrado pulmonar bilateral. A paciente foi



**Figura 1** - Imagem de Endoscopia Digestiva Alta demonstrando lesão ulcerada e presença de exsudato.



**Figura 2** - REED – Presença de ulceração estenosante em terço superior do esôfago.

1. Membro do Serviço de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre; Mestre em Hepatologia pela FFFCMPA.
2. Cirurgião Geral do Serviço de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre – RS.
3. Acadêmico de Medicina da Universidade de Caxias do Sul-RS
4. Acadêmica de Medicina da Universidade Luterana do Brasil-RS

Recebido em 08/11/2005

Aceito para publicação em 09/01/2006

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Geral da Santa Casa de Porto Alegre – RS

então foi submetida à fibrobroncoscopia com lavado bronquico negativo para BAAR e positivo para *Legionella pneumophila*.

Foi iniciado o esquema triplíce (Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida), a infecção pulmonar evoluiu para sepse por germe multirresistente e óbito em 40 dias.

## DISCUSSÃO

O acometimento primário do esôfago é muito raro devido aos mecanismos de defesa como: o epitélio estratificado escamoso, a estrutura tubular do órgão, a camada protetora formada pela saliva e muco e o peristaltismo esofágico proporcionando rápido trânsito das substâncias ingeridas prevenindo a estase e a penetração da mucosa por microrganismos<sup>2</sup>. O envolvimento secundário é devido a invasão advinda do mediastino, linfonodos hilares, pulmão, corpos vertebrais infectados, aneurismas de aorta, faringe e laringe<sup>1,3,4</sup>. O terço médio é a porção do esôfago mais comprometida, sendo que as alterações mais frequentes são: compressão extrínseca (48%), divertículo de tração (22%), estenose ou angulação do esôfago (13%), fístula (13%), tumoração (4%)<sup>4</sup>.

A sintomatologia mais comum é a disfagia, podendo apresentar também odinofagia, dor retroesternal e/ou epigástrica, tosse, febre, emagrecimento, astenia e fraqueza<sup>1,3</sup>. Em nosso caso a paciente apresentava como queixas principais disfagia, odinofagia e emagrecimento.

O diagnóstico é realizado através de biópsia da lesão, que demonstra a presença de inflamação granulomatosa crônica com necrose caseosa e presença do BAAR, ou através da cultura de secreção respiratória ou de abscessos, que demonstram a presença do *Micobacterium tuberculosis*, como encontrado nesta paciente. O uso de PCR (polymerase chain reaction) pode ser útil para identificar a micobactéria<sup>5</sup>.

O tratamento é similar ao da tuberculose pulmonar, sendo utilizado em nosso meio o esquema tríplice. O tratamento cirúrgico é indicado apenas nos casos com perfuração, deve-se realizar debridamento e sutura primária, e nos casos de abscesso, realizar a drenagem<sup>1</sup>.

Normalmente o prognóstico é bom se diagnosticado precocemente; porém, quando surge em imunodeprimidos a evolução pode ser fatal, devido a agressividade da infecção<sup>3,4</sup>. Apesar do diagnóstico precoce e do início rápido do tratamento, a paciente evoluiu para óbito devido à sepse.

---

### ABSTRACT

*Esophageal tuberculosis is an extremely rare event, accounting for 0.2 percent of these cases affecting the esophagus. Most of them are secondary to pulmonary disease. The authors present a case of primary esophageal tuberculosis in a 40 years old HIV-positive female (Rev. Col. Bras. Cir. 2007; 34(5): 357-358).*

**Key words:** Tuberculosis; Esophagus; Infection; Acquired immune deficiency syndrome.

---

## REFERÊNCIAS

1. Grubbs BC, Baldwin DR, Trenkner SW, McCabe RP Jr, Maddaus MA. Distal esophageal perforation caused by tuberculosis. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2001;121(5):1003-4.
2. Devarbhavi H, Alvares JF, Radhikadevi M. Esophageal tuberculosis associated with esophagotracheal or esophagomediastinal fistula: report of 10 cases. *Gastrointest Endosc.* 2003;57(4): 588-92.
3. Erođlu A, Kürkçüođlu C, Karaođlanođlu N, Yılmaz O, Gürsan N. Esophageal tuberculosis abscess: an unusual cause of dysphagia. *Dis Esophagus.* 2002;15(1):93-5
4. Nagi B, Lal A, Kochhar R, Bhasin DK, Gulati M, Suri S, Singh K. Imaging of esophageal tuberculosis: a review of 23 cases. *Acta Radiol.* 2003;44(3):329-33.
5. Fujiwara T, Yoshida Y, Yamada S, Kawamata H, Fujimori T, Imawari M. A case of primary esophageal tuberculosis diagnosed by identification of Mycobacteria in paraffin-embedded esophageal biopsy specimens by polymerase chain reaction. *J Gastroenterol.* 2003;38(1):74-8.

Como citar este artigo:

Pioner SR, Rech D, Menegotto L, Machado FP, Indicatti CS. Tuberculose esofágica primária – relato de caso. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2007 Set - Out; 34(5). Disponível em URL: [www.scielo.br/rcbc](http://www.scielo.br/rcbc)

Endereço para correspondência:

Sérgio Ricardo Pioner  
Endereço Rua Goitacaz, 191  
Bairro Assunção  
91900-400 - Porto Alegre- RS.  
[srpioner@terra.com.br](mailto:srpioner@terra.com.br)