

Caso invulgar de Esofagite Infecciosa em doente imunocompetente

Catarina Santos
Lúcia Proença
Leonel Ricardo
Karolina Godula
Liliana Santos
Anabela Santos

Serviço de Medicina I – Dir. Dr^a Fernanda Louro

Anamnese - História Clínica

- Mulher, 38 anos
- Raça negra
- Natural e residente em Portugal
- Empregada doméstica

Antecedentes Pessoais

- Etilismo crónico (60-80 g/d)
- Tabagismo crónico (16 UMA)

Anamnese - História Clínica

Agosto 2005

- Internamento Serviço Medicina I
 - Anemia microcítica e hipocrômica (Hb 4,8 g/dl)
 - Disfagia para sólidos
 - Recusou exames endoscópicos
 - Ecografia abdominal, renal e pélvica
 - *Marcada hepatomegália homogénea*
- Alta para Consulta de Medicina Interna, à qual não compareceu

Anamnese - História Clínica

Março - Outubro 2011

- Astenia
- Perda ponderal progressiva
 - Suores nocturnos
 - Tosse seca
- Agravamento da disfagia para sólidos



Internamento em Outubro 2011

Anamnese - Exame Objetivo

- Emagrecida: P: 47 Kg; Alt 1,57 (IMC 19,5 Kg/m²)
- Mucosas descoradas, anictérica
- Pele seca e descamativa
- Sem adenomegalias periféricas palpáveis
- TA 130/85 mmHg FC 70 bpm
- Hipocratismo digital
- ACP sem alterações
- Hepatomegália (4cm)



Avaliação Laboratorial

	2005	2011
Hb	4,8	6,5
VGM	50,8	52
HGM	11,5	13,2
Retic	0,02	0,03
Leuc	7600	5700
Neut	4000	2900
Linf	2800	500
Plaq	596000	803000
VS	-	51
Ferritina	-	172
Transferrina	330	280
Ac. Fólico	4,23	6,78
Vit. B12	465	512
Fe	6	4
AST/ALT	14/26	13/22
Cálcio total	9.0	9.2
GGT /FA	24	20/67
LDH	-	160
Bil. T	0,33	0,37
PCR	0,41	0,61

Imagiologia



Lista de Problemas

- Anemia microcítica e hipocrômica
- Trombocitose
- Linfopénia

- Disfagia intermitente para sólidos, de agravamento progressivo, conhecida desde 2005, etiologia não esclarecida

- Tosse seca de predomínio vespertino

- Hepatomegália

- Síndrome consumptivo

Exames Complementares de Diagnóstico Laboratório

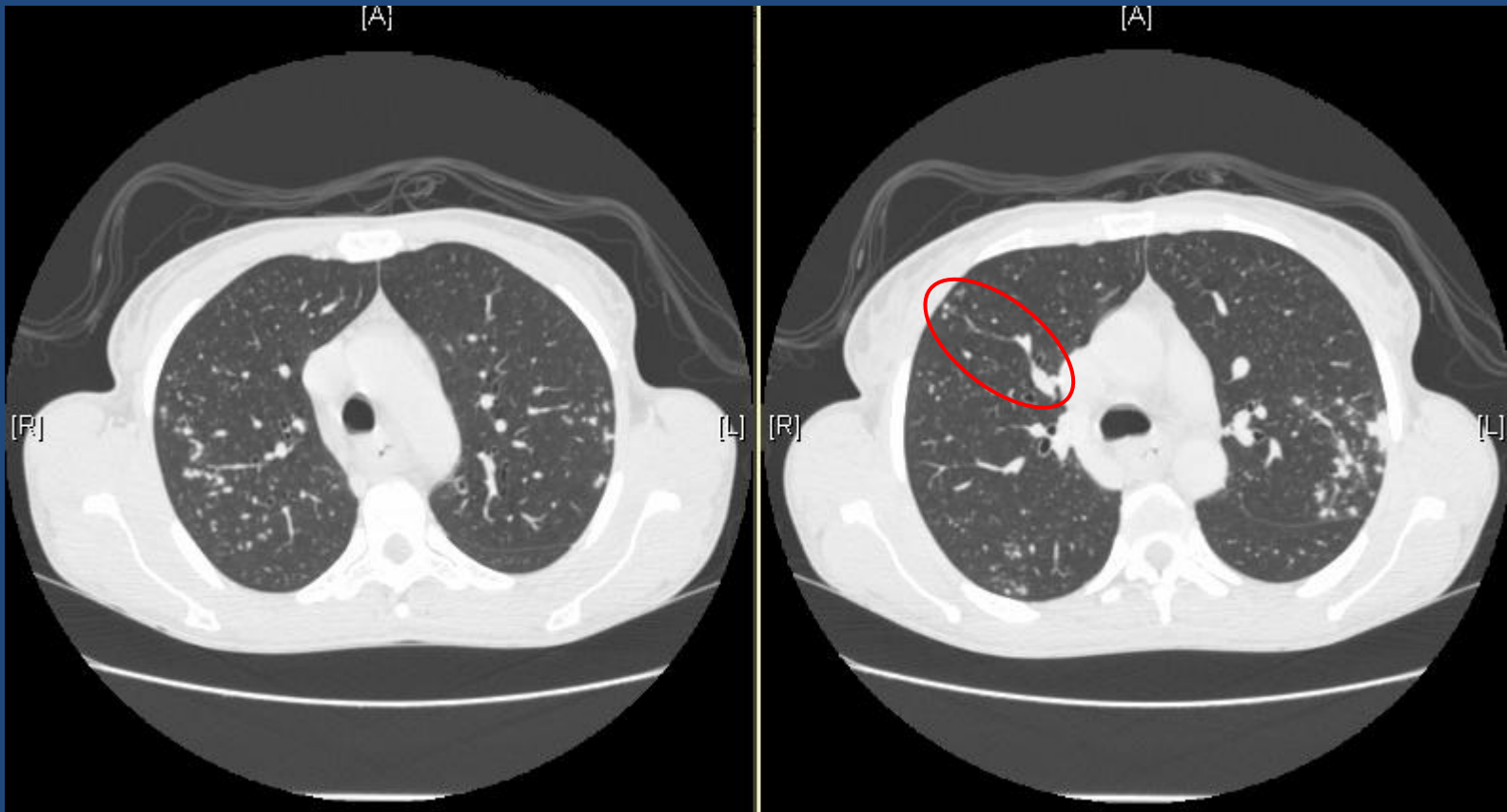
- EPS sem alterações relevantes
- Electroforese das Hemoglobinas sem alterações
- Ac anti VIH1 e VIH 2 negativos
- Serologias EBV, CMV, HSV, Hep. C e B negativas
- Hemoculturas aerobiose e meio BACTEC negativas

Exames Complementares de Diagnóstico

TC Toraco- abdomino- pélvica

- Inúmeras imagens nodulares centrilobulares bilaterais, de maior expressão nos lobos superiores, algumas com padrão “tree in bud”(...).
- Espessamento parietal regular e circunferencial do esófago (...) calcificação dos escassos planos célula-adiposos adjacentes, em particular dos terços superior e médio (esofagite?).
- Discreta hepatomegália homogénea.

Exames Complementares de Diagnóstico



Exames Complementares de Diagnóstico

Broncofibroscopia

Sinais inflamatórios ligeiros nos lobos superiores

LBA:

Exame directo e cultural negativo

Ziehl-Neelsen: sem BAAR

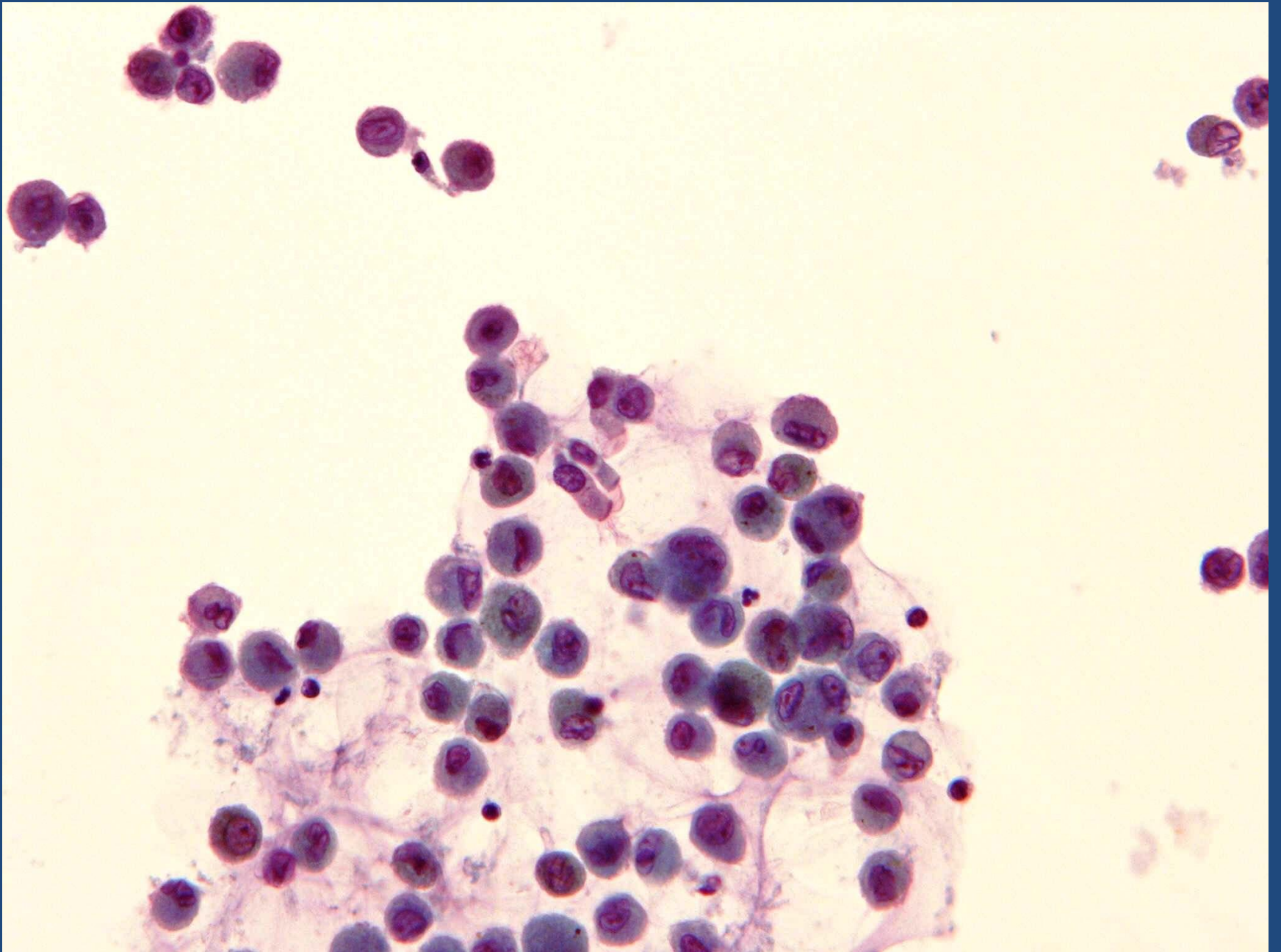
Lowenstein-Jensen: negativo

BACTEC: negativo

PCR M. tuberculosis e micobactérias atípicas: negativo

Citologia negativa para células neoplásicas

Relação CD4/CD8 → 8.0

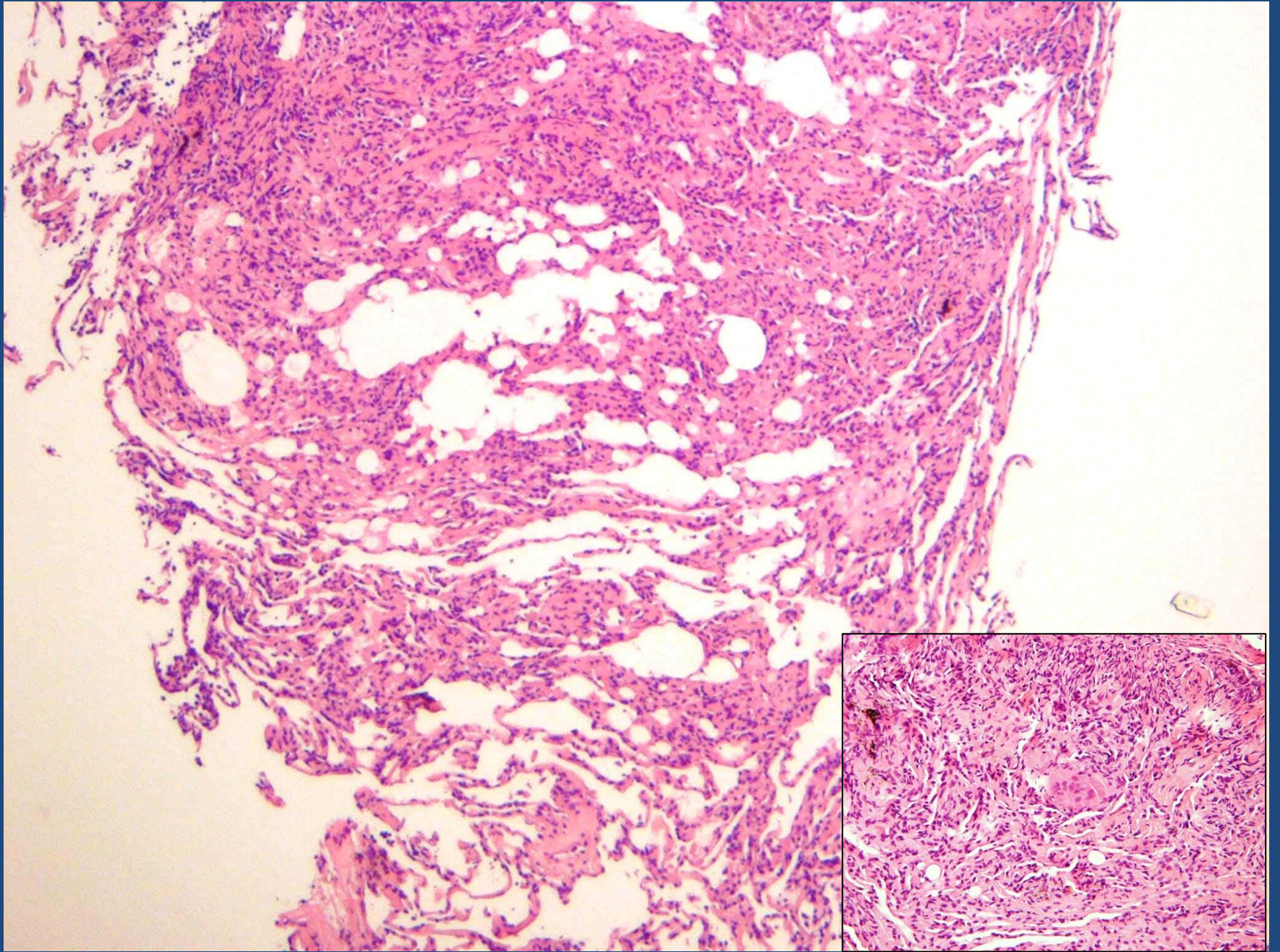


Exames Complementares de Diagnóstico

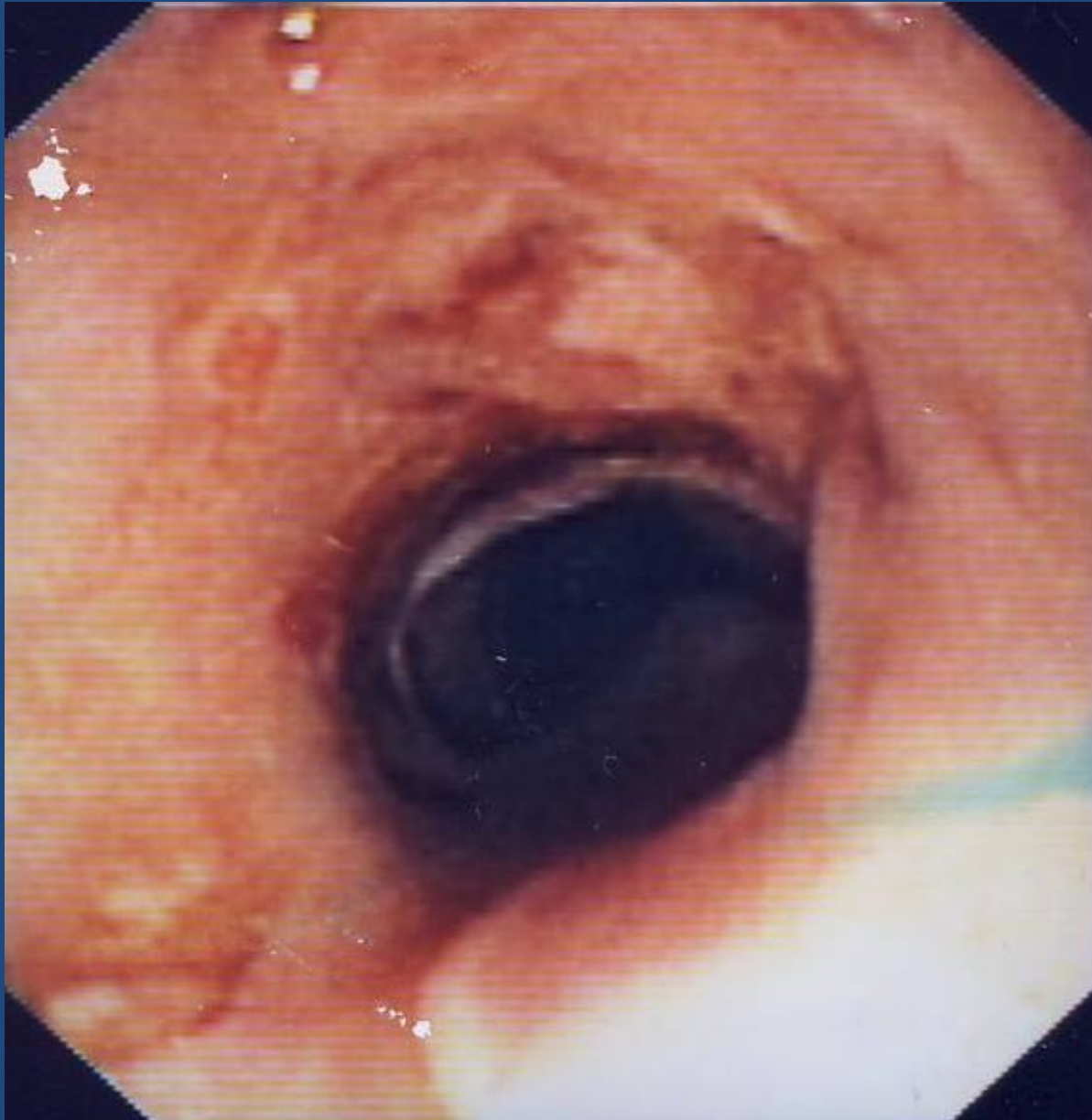
Broncofibroscopia

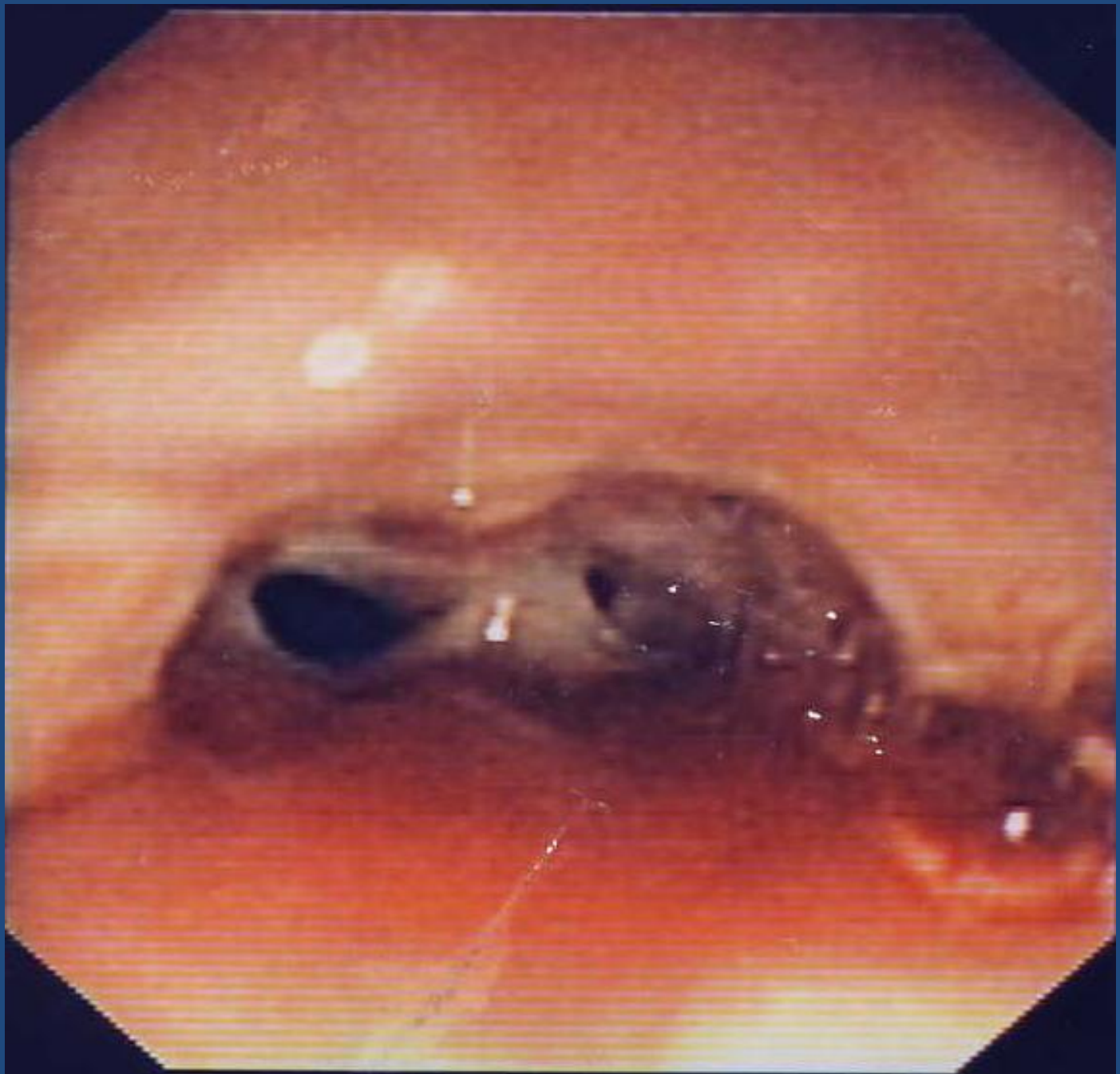
Biópsia pulmonar transbrônquica

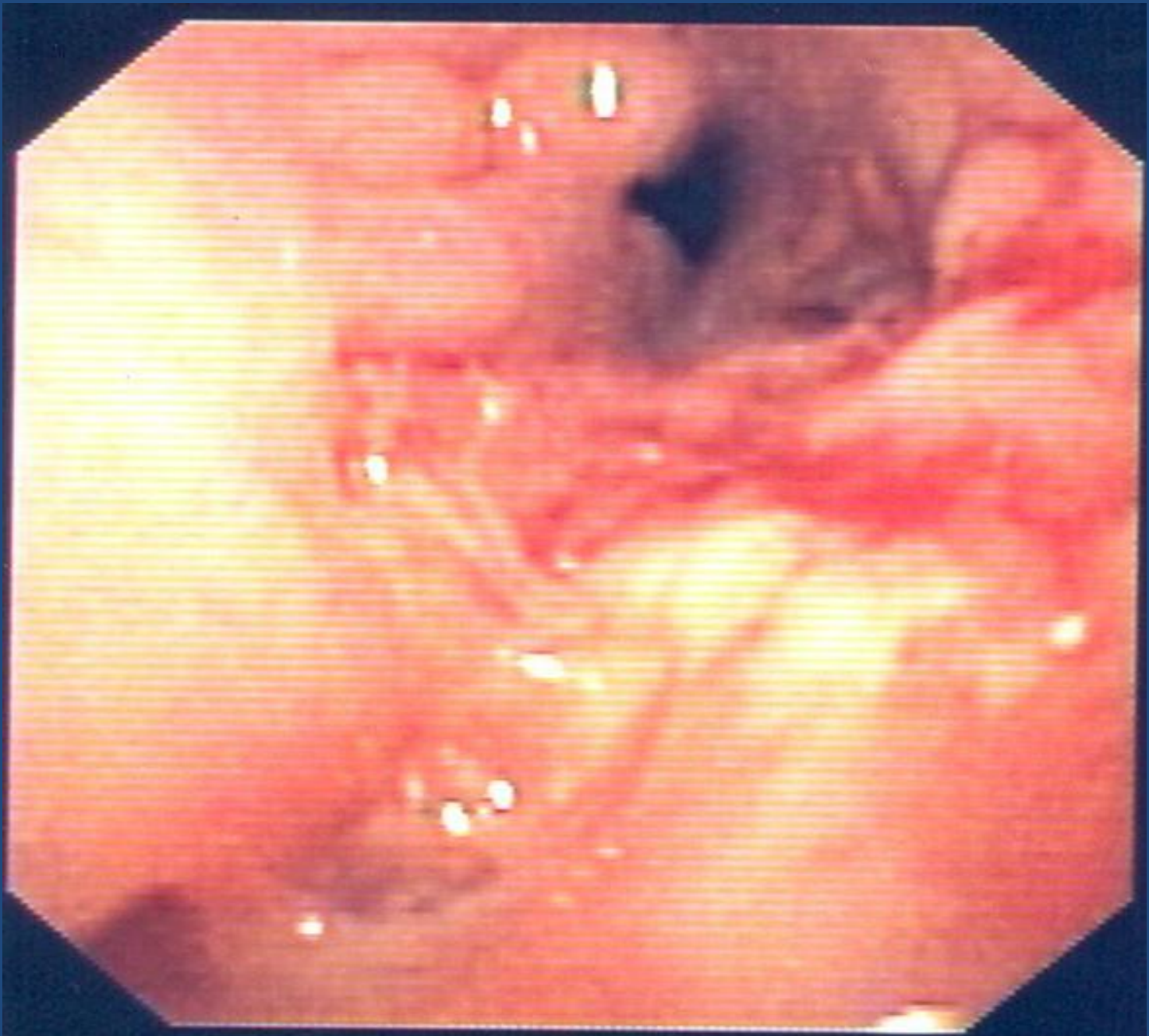
- Ex. microbiológico: negativo
- Ziehl-Neelsen: negativo
- BACTEC e Lowenstein-Jensen: negativo
- PCR M. tuberculosis e micobactérias atípicas: negativo

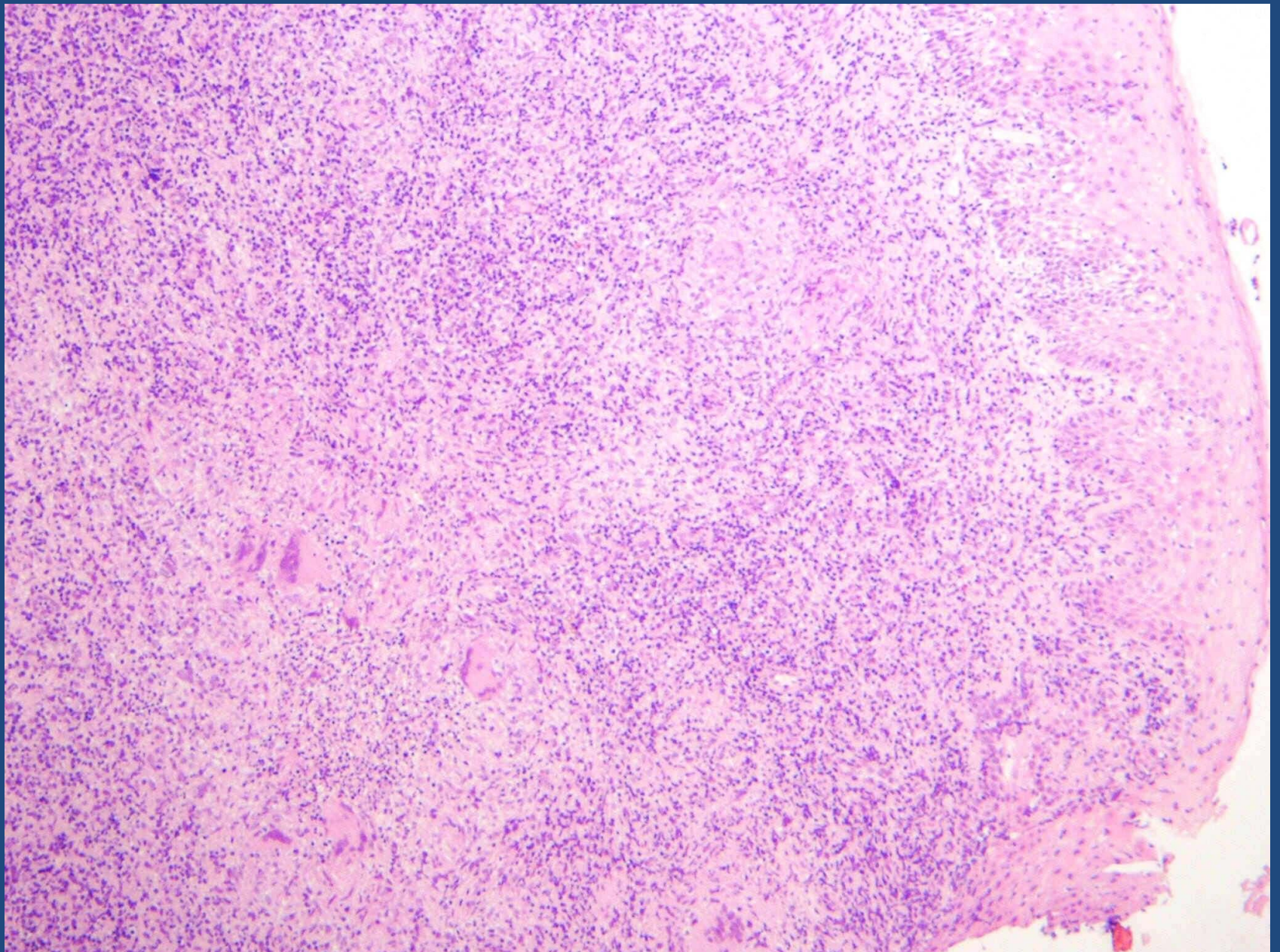


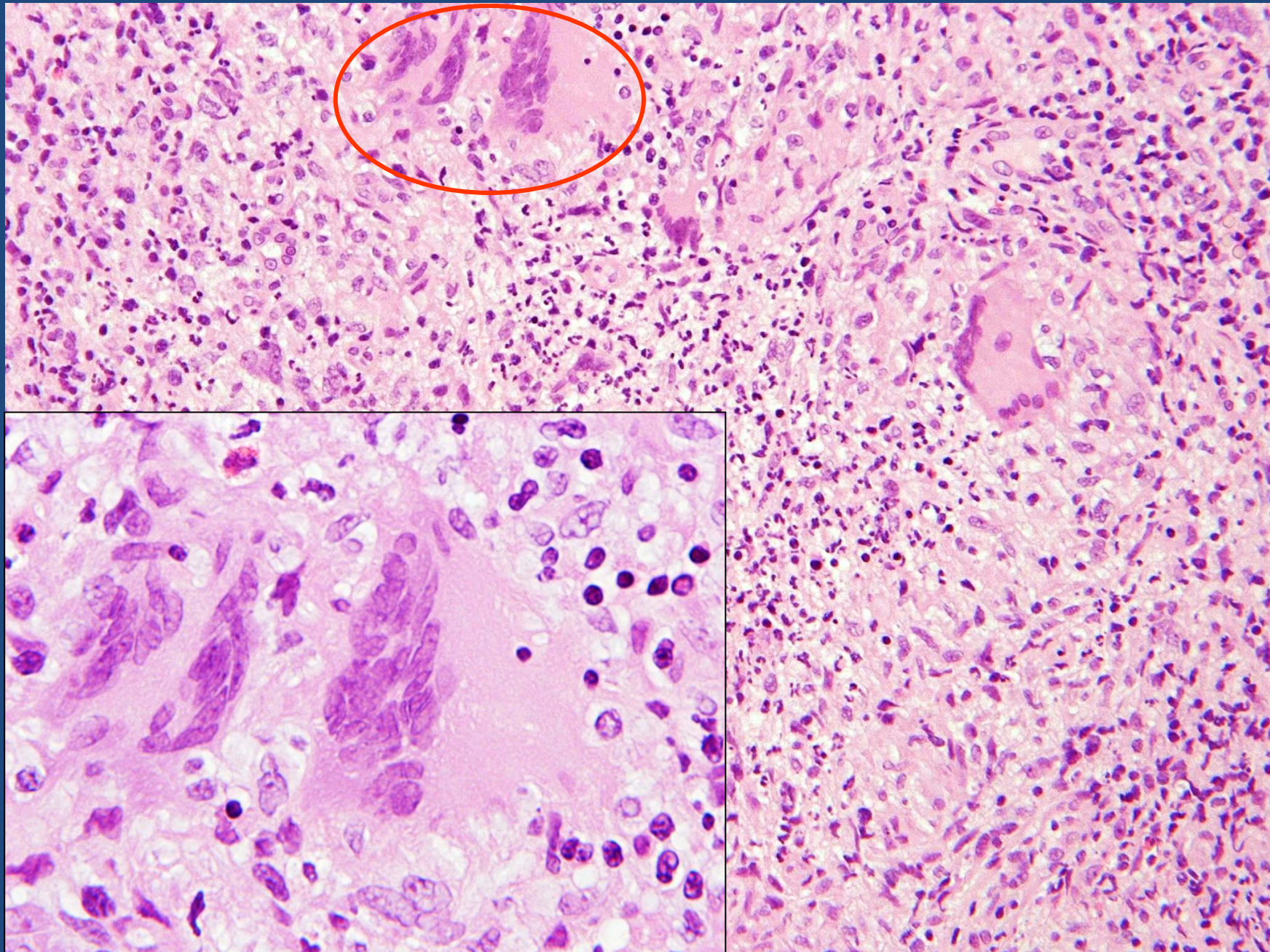
Endoscopia Digestiva Alta

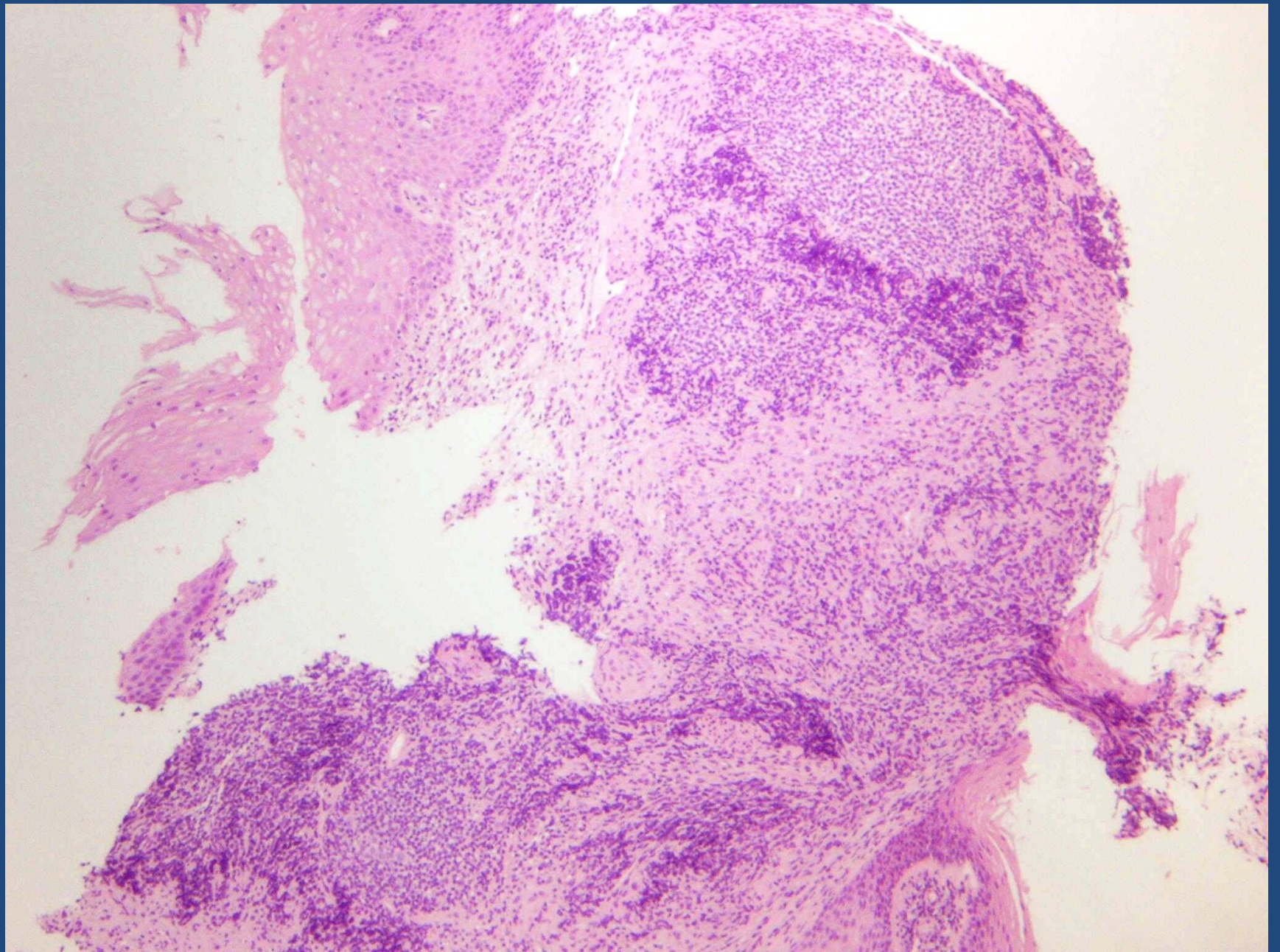




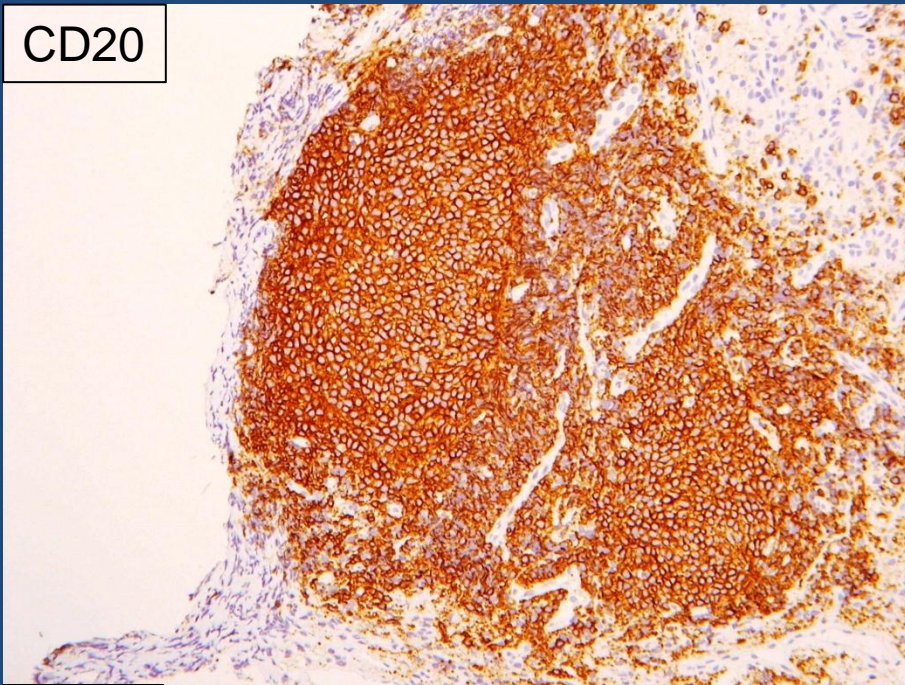




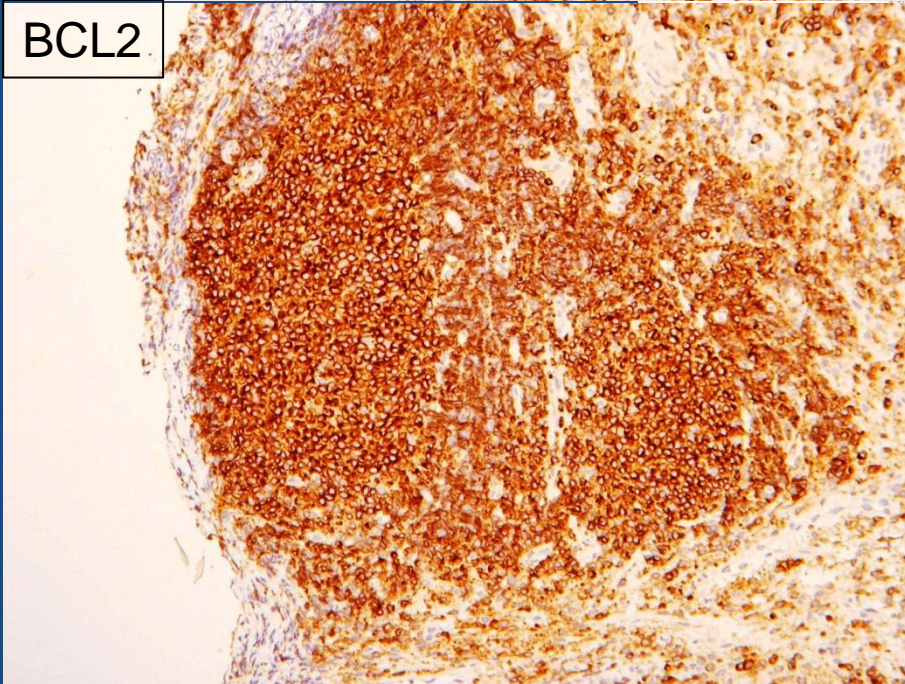




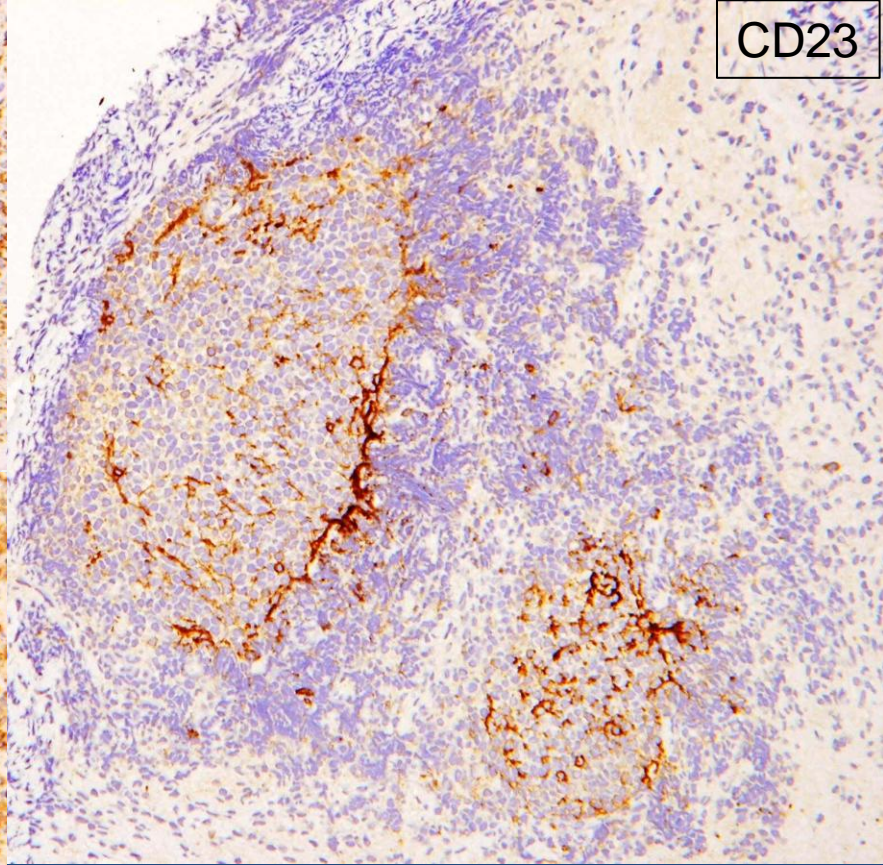
CD20



BCL2



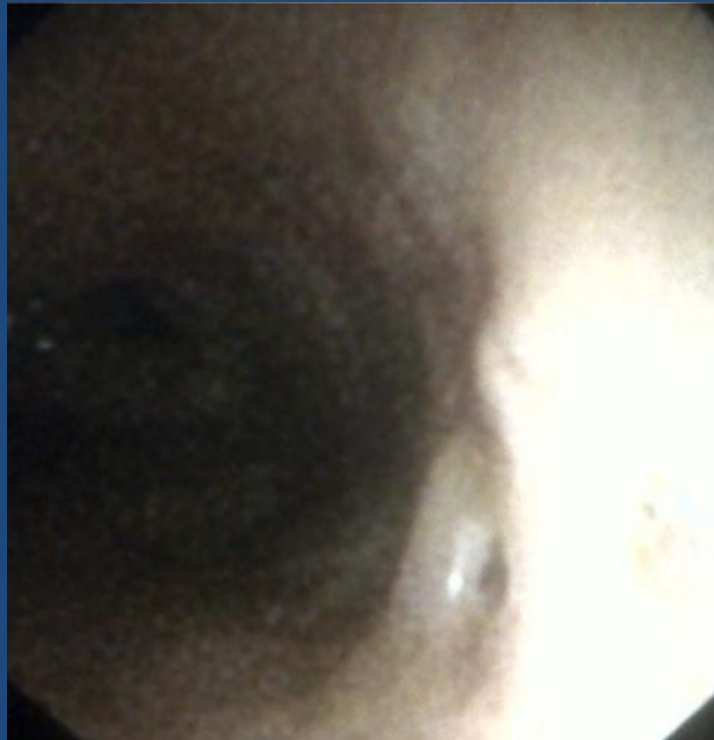
CD23

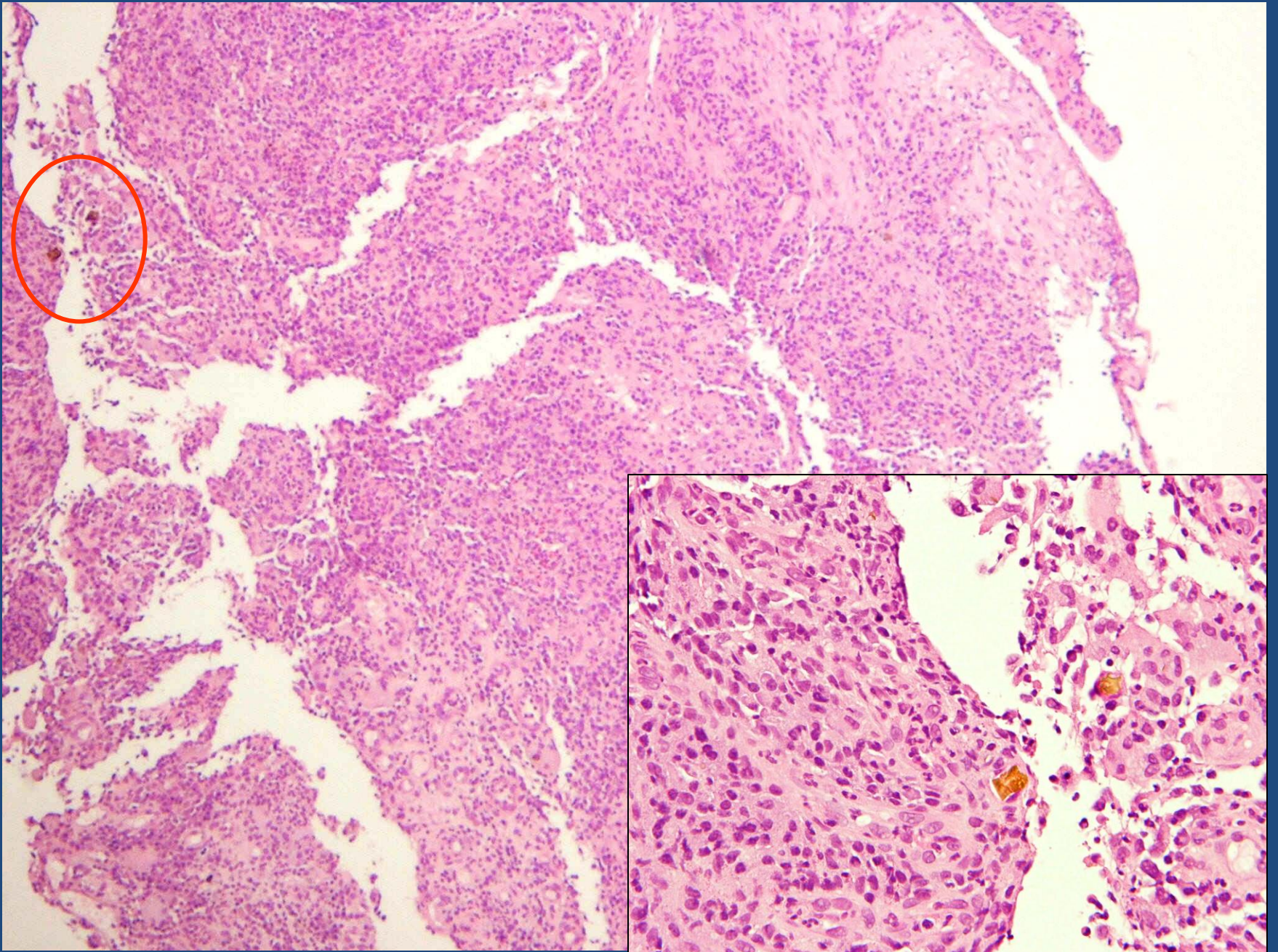


Exames Complementares de Diagnóstico

2ª Endoscopia digestiva alta:

- Aos 16cm: Estenose irregular, ulcerada, só ultrapassável com o endoscópio pediátrico;
- Aos 25cm: Estenose, circunferencial, de aspecto granular e pseudopolipóide, com aparente orifício de fístula associado;
- Biópsias para exame histológico, microbiológico e PCR para micobactérias.





Exames Complementares de Diagnóstico

Trânsito esofágico



Exames Complementares de Diagnóstico

Estudo da Auto-Imunidade

- ANA (1:160 padrão fino granular)
- ASCA (IgG 1:100, IgA 1:100)
- Ac anti-célula parietal gástrica (1:160)

- Ac anti-transglutaminase tecidular negativo
- Ac anti-gliadina IgA e Ig G negativos

ECA = 34.35 U/L (12.00-68.00)

Fundoscopia

Sem alterações

Hipóteses de Diagnóstico

- Tuberculose pulmonar
- Esofagite Granulomatosa
 - Infeciosa
 - Tuberculose
 - Actinomicose
 - Candidose
 - Doença de Crohn
 - Sarcoidose
- Doença Linfoproliferativa

Tuberculose Esofágica

- A tuberculose extrapulmonar ocorre em 15 a 20% de doentes imunocompetentes
- Aparelho GI é o 6º local mais atingido
- Atingimento esofágico é raro (0,15% casos G.I.)
- Paucibacilar
- **Granulomas epitelióides** com ou sem necrose caseosa



Tuberculose Esofágica

Primária

- Epitélio estratificado pavimentoso
- Estrutura tubular
- Saliva e muco
- Peristaltismo

Secundária

- Faringe/Laringe
- Pulmão, mediastino gânglios hilares
- Corpos vertebrais
- Aneurismas da aorta

Tuberculose Esofágica

- S.K. Jain et al ¹ → 12 doentes

Idade mediana 40 anos

Disfagia (12)

Dor retrosternal (4)

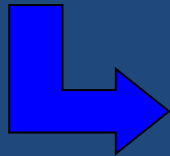
Febre (2)

Emagrecimento (2)



Tuberculose Esofágica - Diagnóstico

Apresentação clínica, achados radiológicos e endoscópicos variáveis, inespecíficos e pouco descritos na literatura²



Diagnóstico difícil...

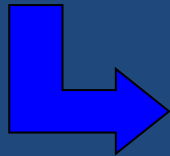
Clínica

- Disfagia
- Odinofagia, dor retrosternal/epigástrica
- Tosse
- Febre, Emagrecimento, Astenia

²Peixoto, P. C., et al, Esophageal tuberculosis: an unusual cause of dysphagia, *Gastrointestinal Endoscopy*, 2009, 69(6), pp1173-1175

Tuberculose Esofágica - Diagnóstico

Apresentação clínica, achados radiológicos e endoscópicos variáveis, inespecíficos e pouco descritos na literatura



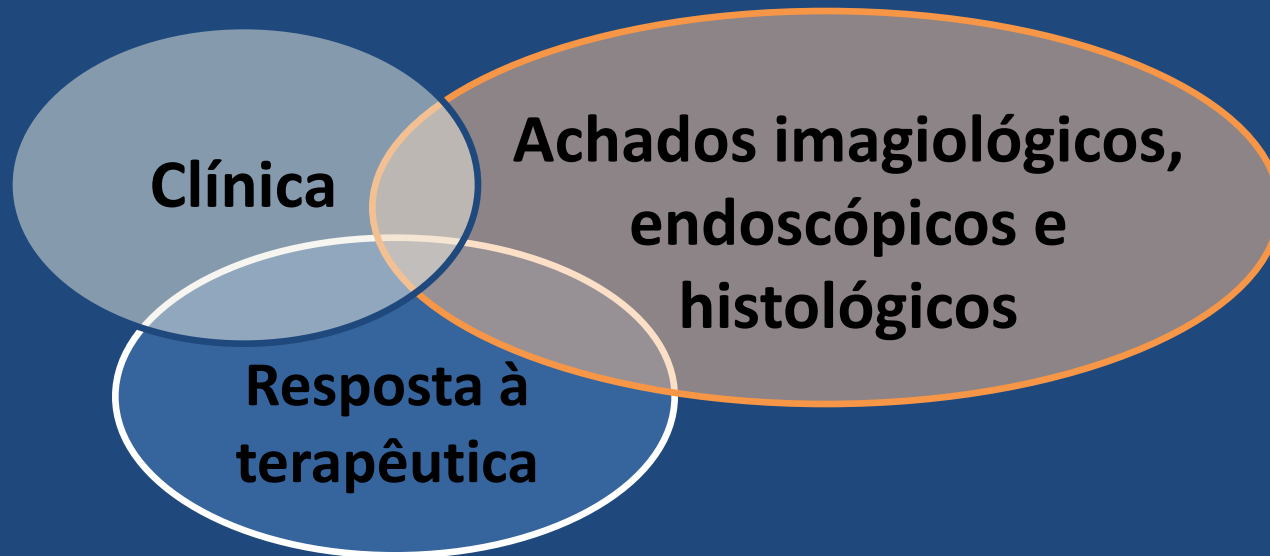
Diagnóstico difícil.

Achados endoscópicos...

- Úlcera (mais comum)
- Lesão infiltrativa
- Estenose
- Compressão extrínseca

Tuberculose Esofágica - Diagnóstico

- Diagnóstico definitivo com isolamento do microrganismo e evidência histológica de granulomas caseosos é incomum!!! ³



Doença de Crohn

Comprometimento isolado do esófago é raro (1-2%)

Sintomatologia variada e inespecífica

- Odinofagia
- Disfagia
- Pré-cordialgia

ASCA 60-70%

p-ANCA 5-10%

Doença de Crohn

Endoscopia

- úlceras aftosas
- úlceras profundas
- eritema
- pseudopolipos, estenoses, fístulas



Histologia:

- inflamação aguda ou crônica
- ulceração, fibrose
- envolvimento transmural
- granulomas (37%)



Sarcoidose

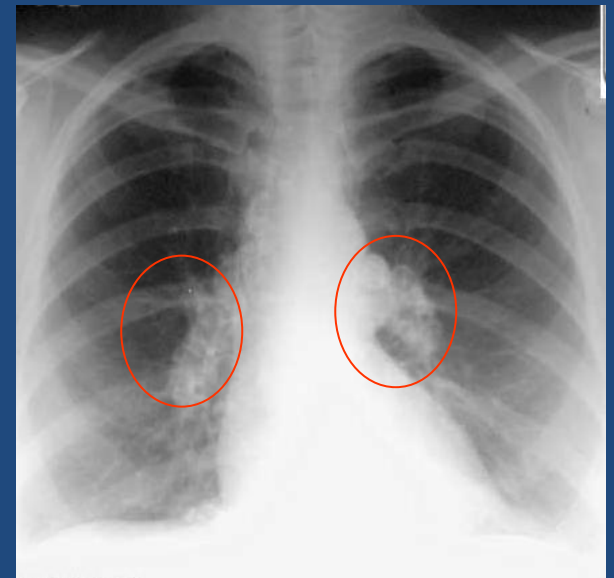
- Doença granulomatosa multissistémica
- Granuloma: células gigantes multinucleadas epitelióides, macrófagos e linfócitos (++) células T). SEM necrose central
- Apresentação mais comum: sintomas respiratórios ou alterações na radiografia de tórax (50%)
- Fadiga, perda ponderal, fadenopatia periférica, artralgia, febre, disfagia (envolvimento esofágico)

Sarcoidose

- Linfadenopatia hilar bilateral
- Infiltração pulmonar
- Hepatoesplenomegália
- Lesões dermatológicas (eritema nodoso)
- Lesões oculares (uveíte, conjuntivite, lesão da retina, queratoconjuntivite sicca)
- Alterações metabólicas (metabolismo calcico)
- Envolvimento cardíaco, articular/ósseo e SNC

Sarcoidose

- Alterações imagiológicas (tórax)
- Hipercalcémia ou hipercalciúria
- Hipergamaglobulinémia
- ECA : elevado em 60%
- $CD4/CD8 > 3,5$



Sarcoidose

No esófago

- lesões nodulares/tipo Barrett
- estenoses

- estenose da junção faríngeo-esofágica
- compressão pelos nódulos linfáticos para-esofágicos
- anomalias da motilidade por envolvimento nervoso
- estenoses por inflamação granulomatosa da mucosa.

Terapêutica

Médica



Esquema quadrúplo 2M

- Isoniazida, Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida (RHZE)

Esquema duplo 6-9-12 M: Isoniazida, Rifampicina (RH)

Boa tolerância

Evolução

Melhoria **Clínica e Laboratorial**

- Aumento de peso (12kg). P: 60 kg. IMC 24,3 Kg/m²)
- Já sem queixas de fadiga fácil

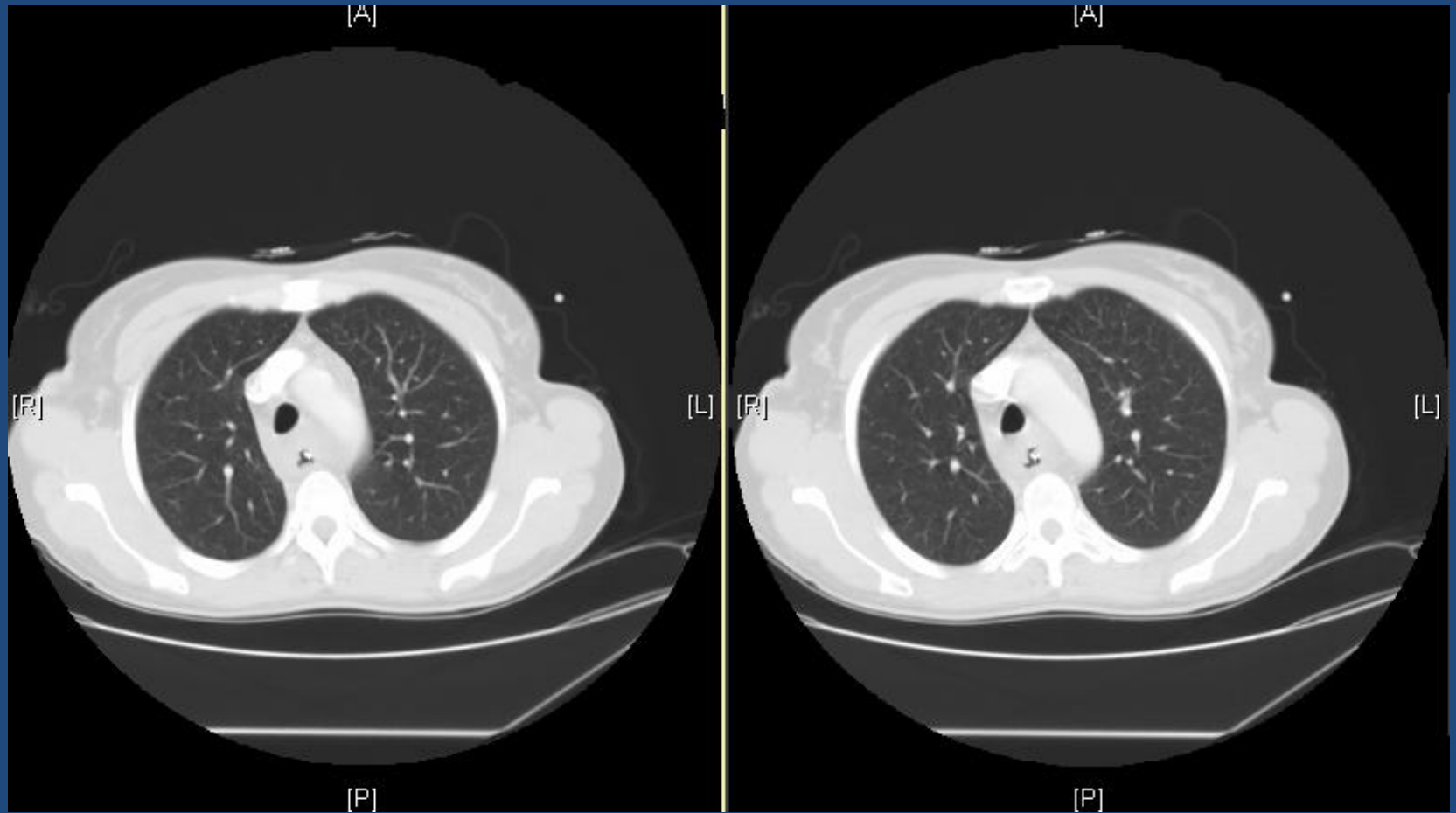
Evolução

	2005	2011	2012
Hb	4,8	6,5	14,2
VGM	50,8	52	85,1
HGM	11,5	13,2	27,9
Retic	0,02	0,03	0,03
Leuc	7600	5700	7000
Neut	4000	2900	3400
Linf	2800	500	2200
Plaq	596000	803000	251000
VS	-	56	23

Evolução

- **Significativo espessamento circunferencial da parede do esófago**, envolvendo-o em quase toda a sua extensão mas de forma mais acentuada nos terços superior e médio, onde coexiste com **redução do calibre do lúmen**.
- Os seus contornos são mal definidos e associa-se densificação dos planos adiposos mediastínicos envolventes.
- A avaliação do parênquima pulmonar continua a mostrar um padrão retículo-micronodular peribrônquico, mantendo nalguns casos algum **padrão em tree-in-bud**, **mas muito mais discretos** do que no exame anterior.

Evolução



Evolução

Endoscopia digestiva alta:

- Aos 16cm: Estenose regular, de aspecto fibrótico, que não permite a passagem do aparelho convencional nem do aparelho pediátrico. Realizadas biópsias.

Anatomia patológica:

- Fundo de úlcera com intenso infiltrado granulocitário;
- Mucosa esofágica com acantose.

Colonoscopia total com ileoscopia terminal

- Sem lesões endoscópicas;
- Biópsias dos diversos segmentos.

Anatomia patológica

- Alterações inflamatórias ligeiras e inespecíficas.

Evolução

Trânsito esofágico

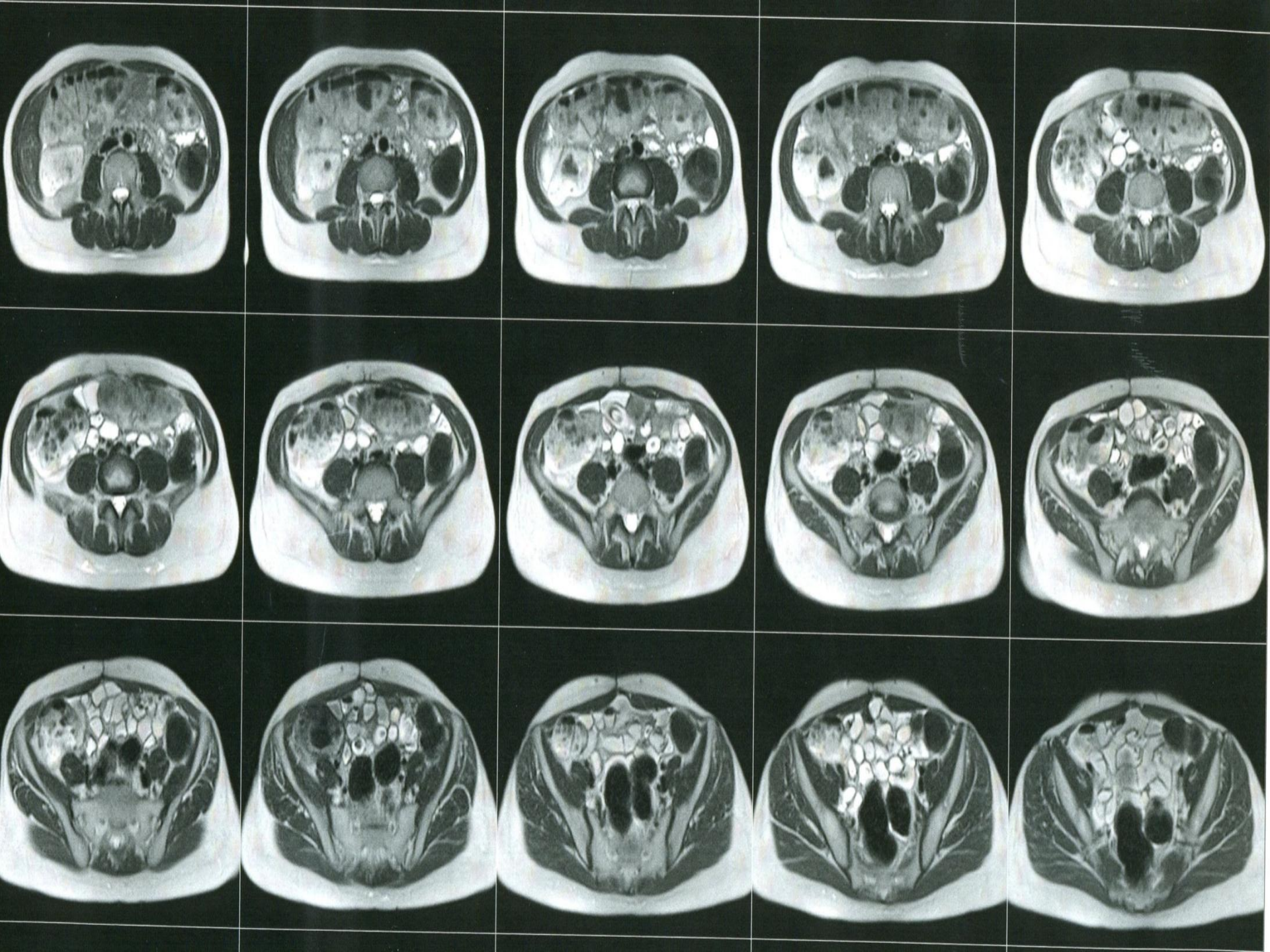
- Segmento de franca redução do calibre a nível da transição faringo-esofágica, com cerca de 12 mm de extensão, com zonas de transição abrupta, sem aparente irregularidade do relevo mucoso.

Trânsito do intestino delgado

-Sem alterações.

Entero-ressonância Magnética

- Sem alterações.



Terapêutica endoscópica

Endoscopia digestiva alta (10/04/2012):

- Aos 16cm – estenose regular, que permite a passagem do aparelho pediátrico, com ressalto;
- Aos 25cm – estenose regular, que não permite a passagem do aparelho pediátrico.
- Dilatação sob fio guia com velas Savary-Gilliard de 7 a 9mm, com resistência marcada.

Terapêutica endoscópica

Endoscopia digestiva alta (17/04/2012):

- Achados endoscópicos sobreponíveis;
- Dilatação sob fio guia com velas Savary-Gilliard de 7, 9 e 11mm, com resistência marcada.

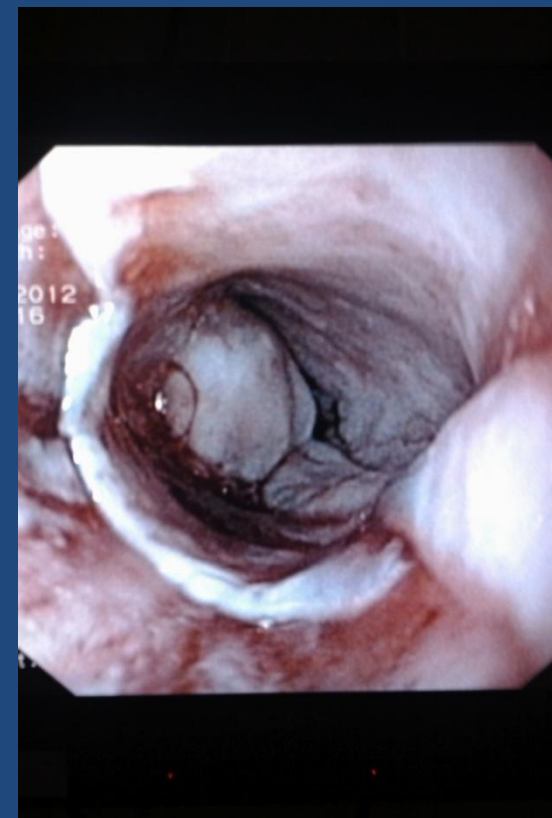
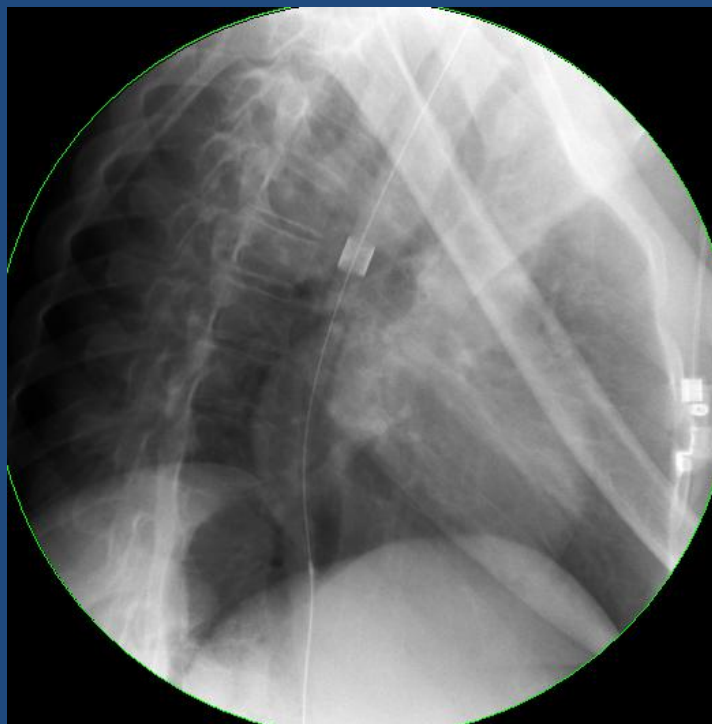
Endoscopia digestiva alta (24/04/2012):

- Achados endoscópicos sobreponíveis;
- Dilatação sob fio guia com velas Savary-Gilliard de 7, 9 e 11mm, com resistência marcada.

Terapêutica endoscópica

Endoscopia digestiva alta (08/05/2012):

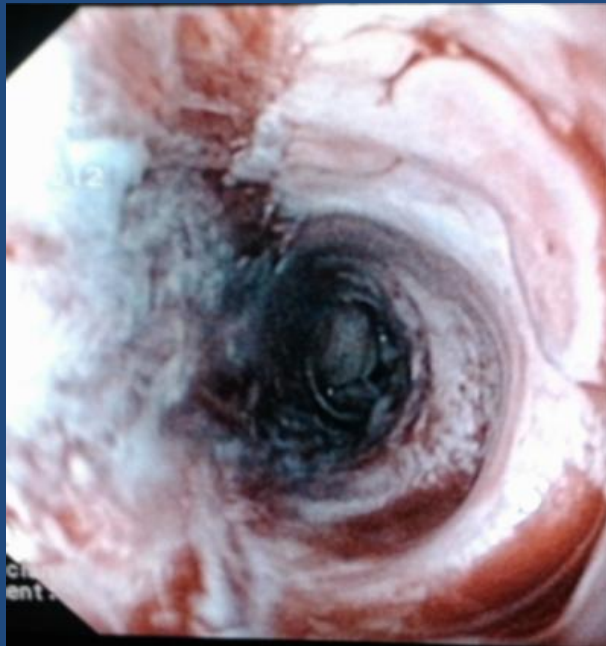
- Achados endoscópicos sobreponíveis;
- Dilatação sob fio guia com velas Savary-Gilliard de 7, 9 e 11mm, com resistência marcada.



Terapêutica endoscópica

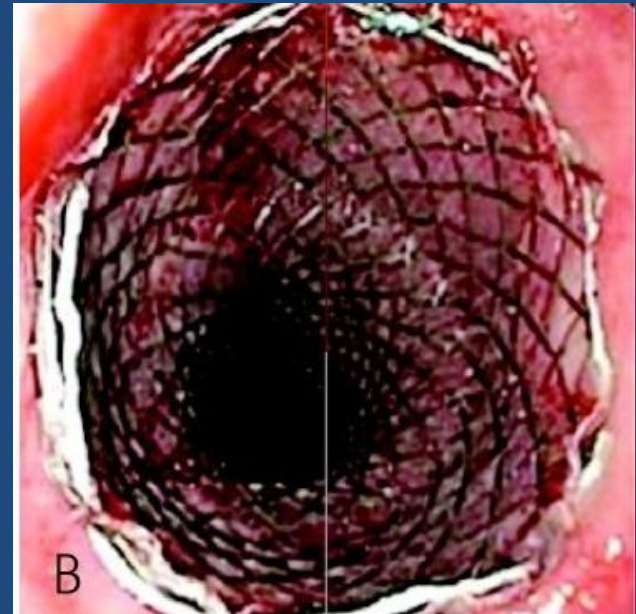
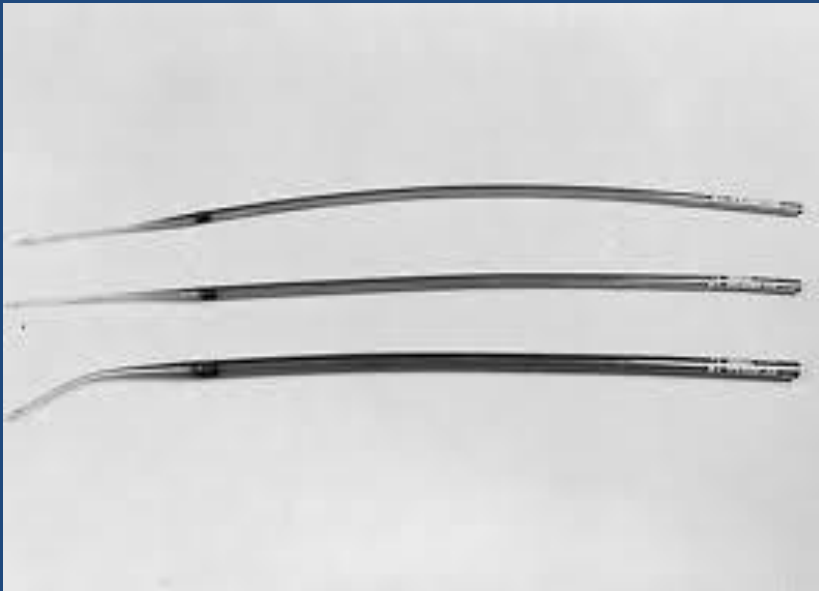
Endoscopia digestiva alta (08/05/2012):

- Achados endoscópicos sobreponíveis;
- Dilatação sob fio guia com velas Savary-Gilliard de 7, 9 e 11mm, com resistência marcada.



Prognóstico

- Necessidade de novas sessões de dilatação endoscópica;
- Eventual colocação de prótese esofágica.



Prognóstico

Sarcoidose/ Doença Crohn ?



Bibliografia

1. S.K. Jain et al. Esophageal tuberculosis: is it so rare? Report of 12 cases and review of the literature. *The American Journal of Gastroenterology*, 97(2), 2002
2. Peixoto, P. C., et al, Esophageal tuberculosis: an unusual cause os dysphagia, *Gastrointestinal Endoscopy*, 2009, vol. 69, no 6, pp1173-1175
3. Jibah Eng, MA, et al. Tuberculosis of the Esophagus. *Digestive Diseases and Sciences*, 36(4), April 1991, pp 536-540
4. Bobbak Vahid, An unusual case of dysphagia and chest pain in a non-HIV patient: esophageal tuberculosis, *The American Journal of Medicine* (2007) 120, e1-e2
5. Fujiwara, Y., et al, Esophageal tuberculosis presenting with an appearance similar to that of carcinoma of the esophagus, *Journal of Gastroenterology*, 2003; 38:477-481
6. S. W. Yasmin, et al, A 45-year-old man with severe dysphagia and pulmonary infiltrates, *Chest* 2007; 131: 1256-1259
7. R. Ivan, et al, Crohn's disease of the esophagus: 3 cases and a literature review, *Journal of Gastroenterology*, 2001, 15: 117-122
8. Kaur, U, et al, Oesophageal tuberculosis mimicking a tumour during treatment for nodal tuberculosis, *Thorax* 1993; 48: 772-773