

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

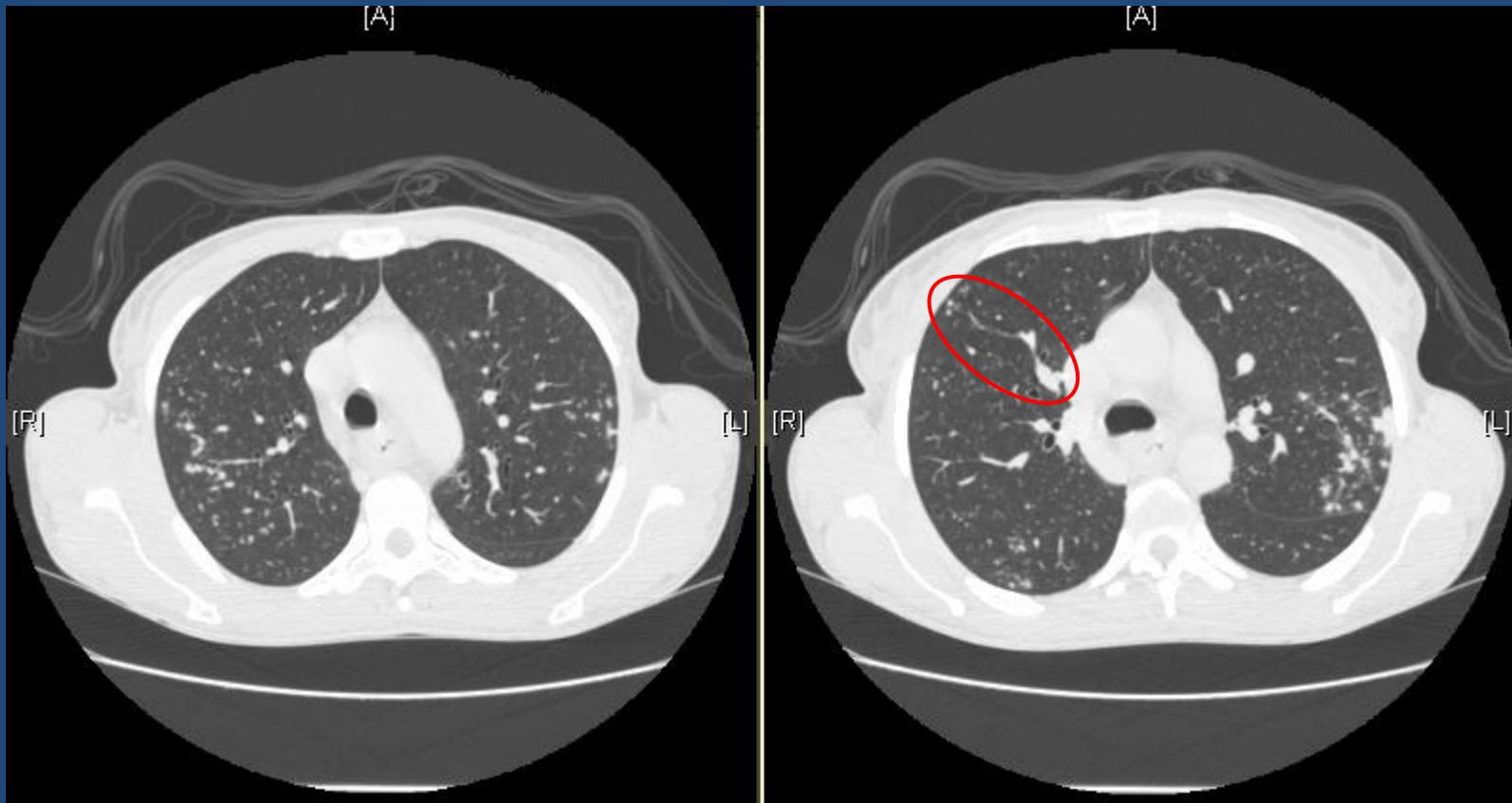
- EPS sem alterações relevantes
- Electroforese das Hemoglobinas sem alterações
- Ac anti VIH1 e VIH 2 negativos
- Serologias EBV, CMV, HSV, Hep. C e B negativas
- Hemoculturas aerobiose e meio BACTEC negativas

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

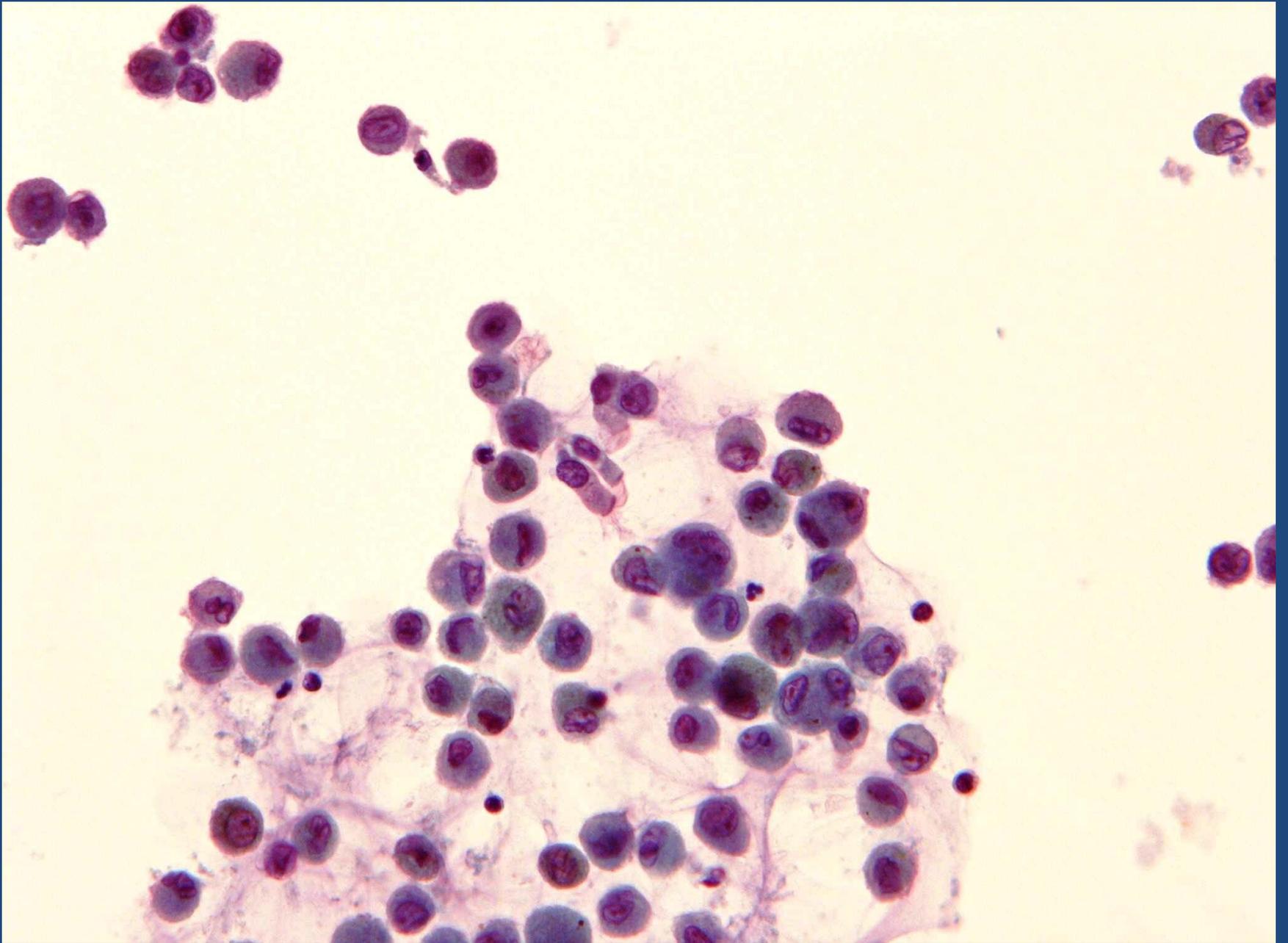
Lowenstein-Jensen: negativo

BACTEC: negativo

PCR M. tuberculosis e micobactérias atípicas: negativo

Citologia negativa para células neoplásicas

Relação CD4/CD8 → 8.0

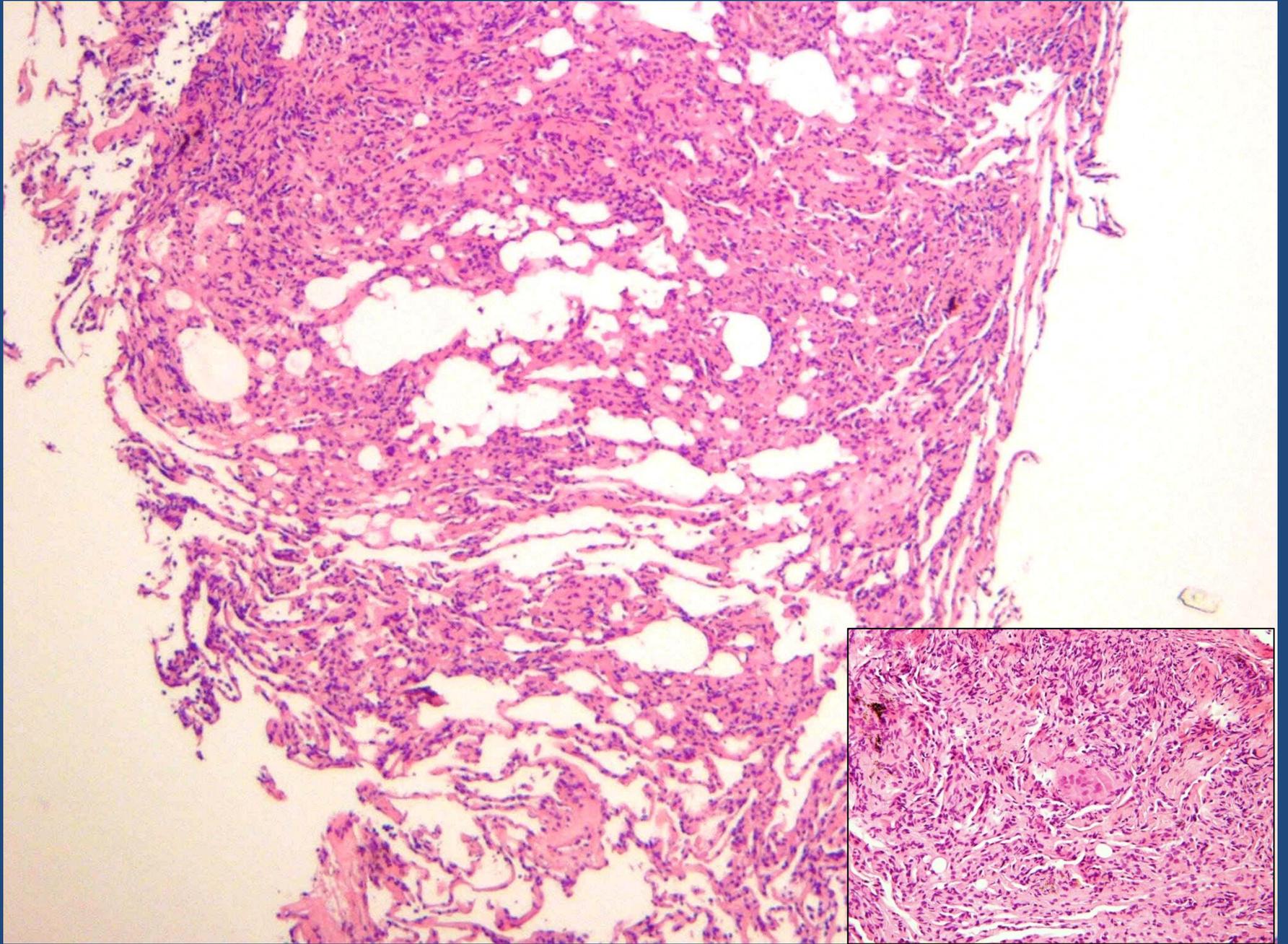


Exames Complementares de Diagnóstico

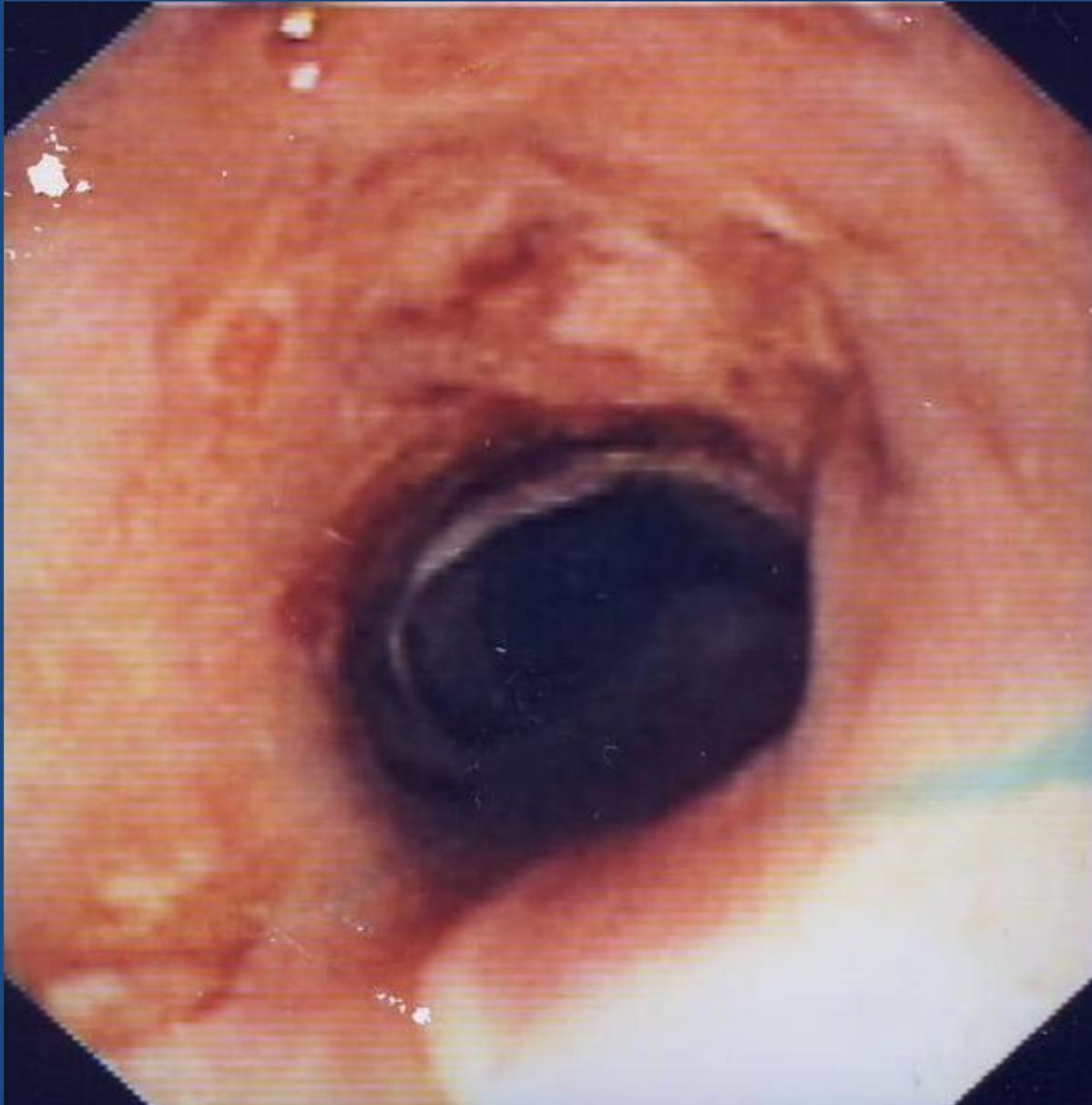
Broncofibroscopia

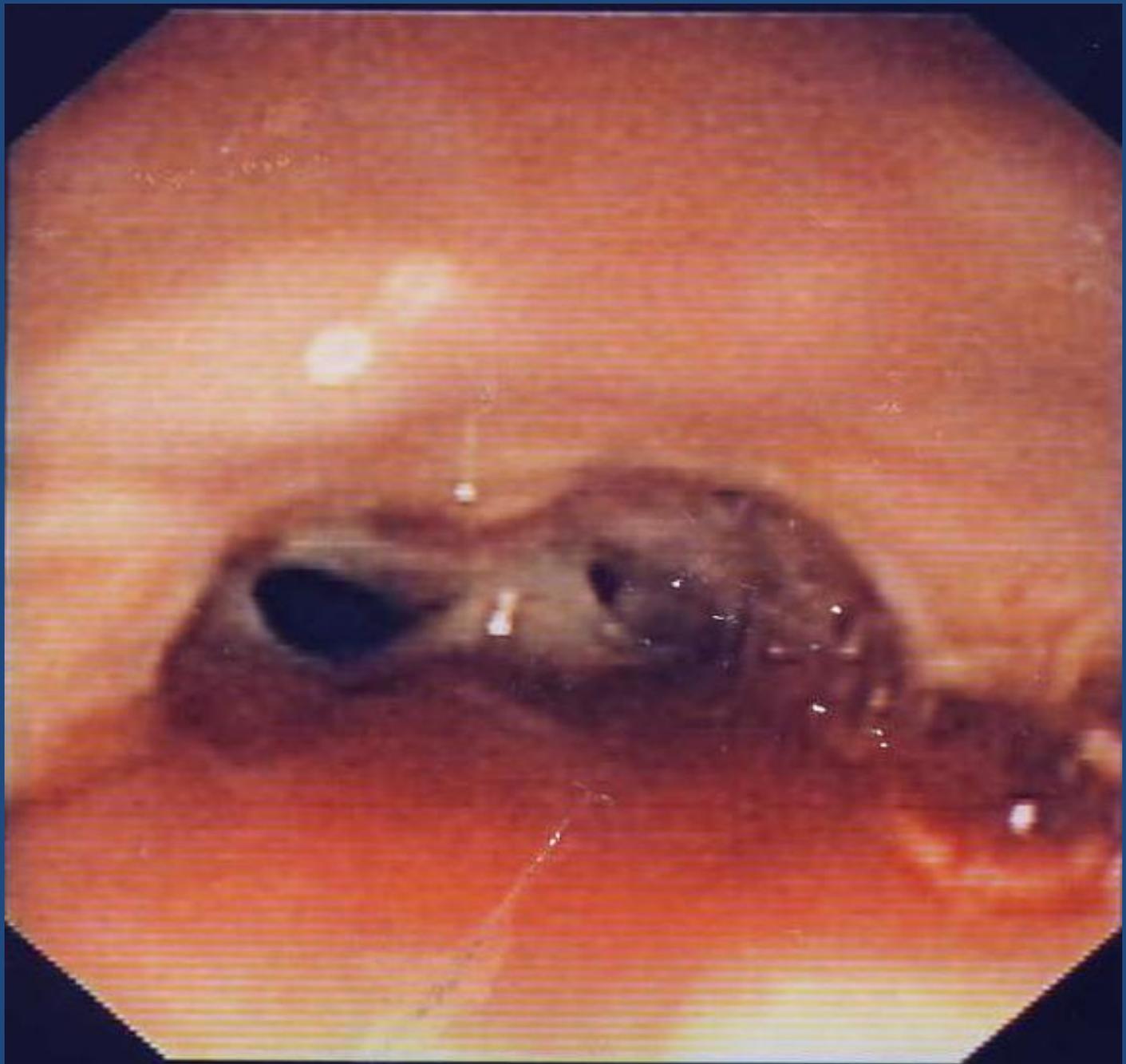
Biópsia pulmonar transbrônquica

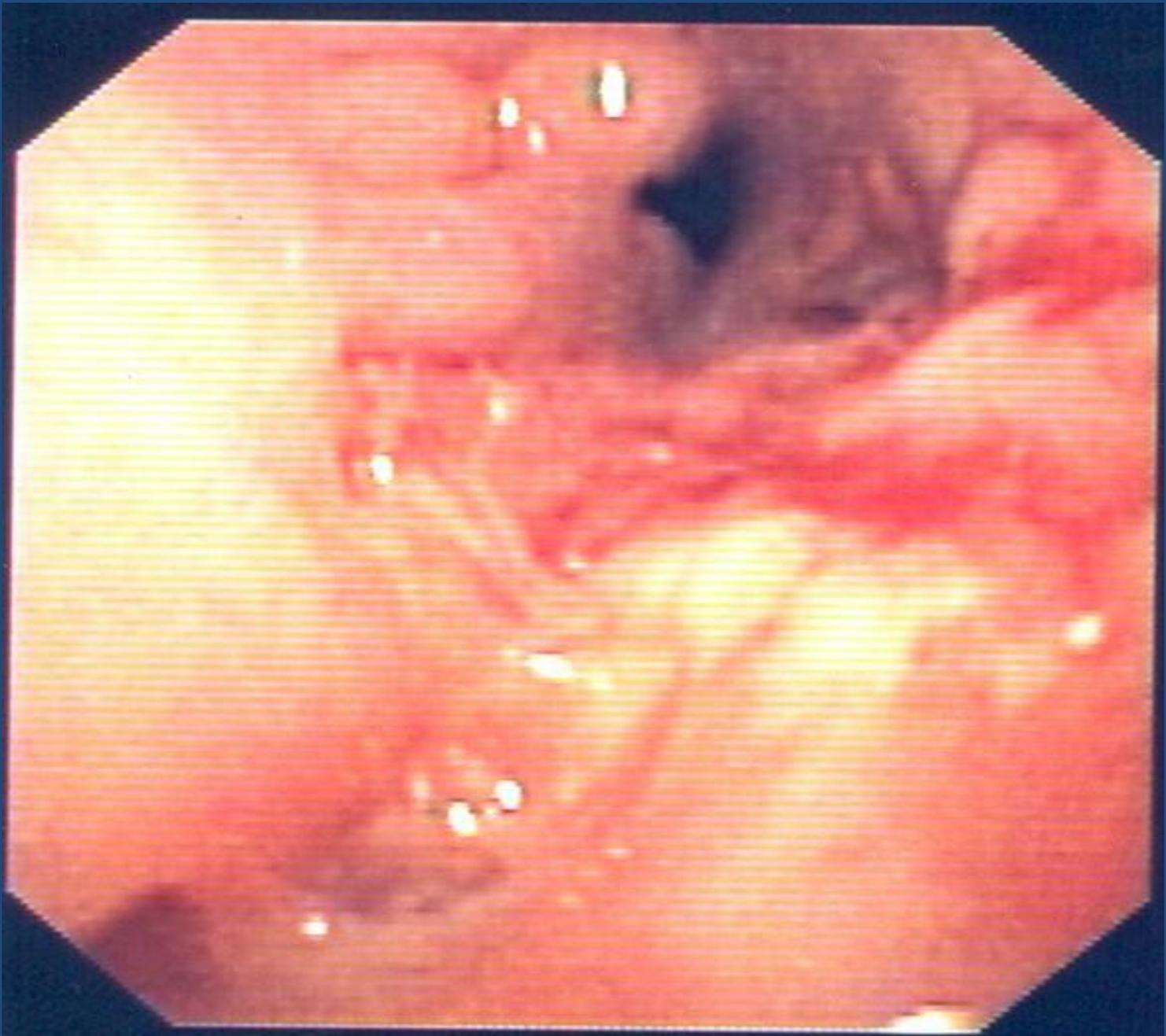
- Ex. microbiológico: negativo
- Ziehl-Neelsen: negativo
- BACTEC e Lowenstein-Jensen: negativo
- PCR M. tuberculosis e micobactérias atípicas: negativo

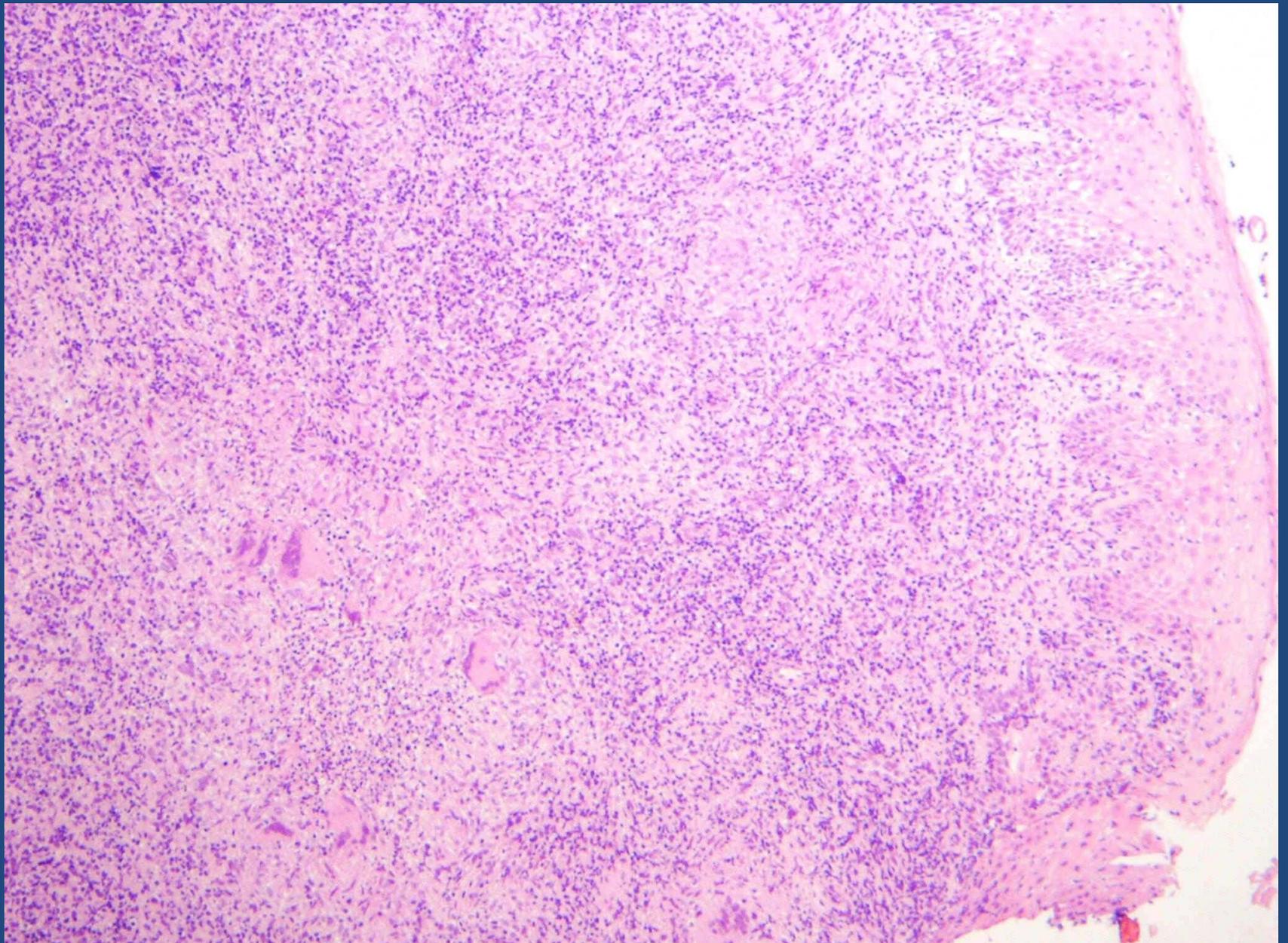


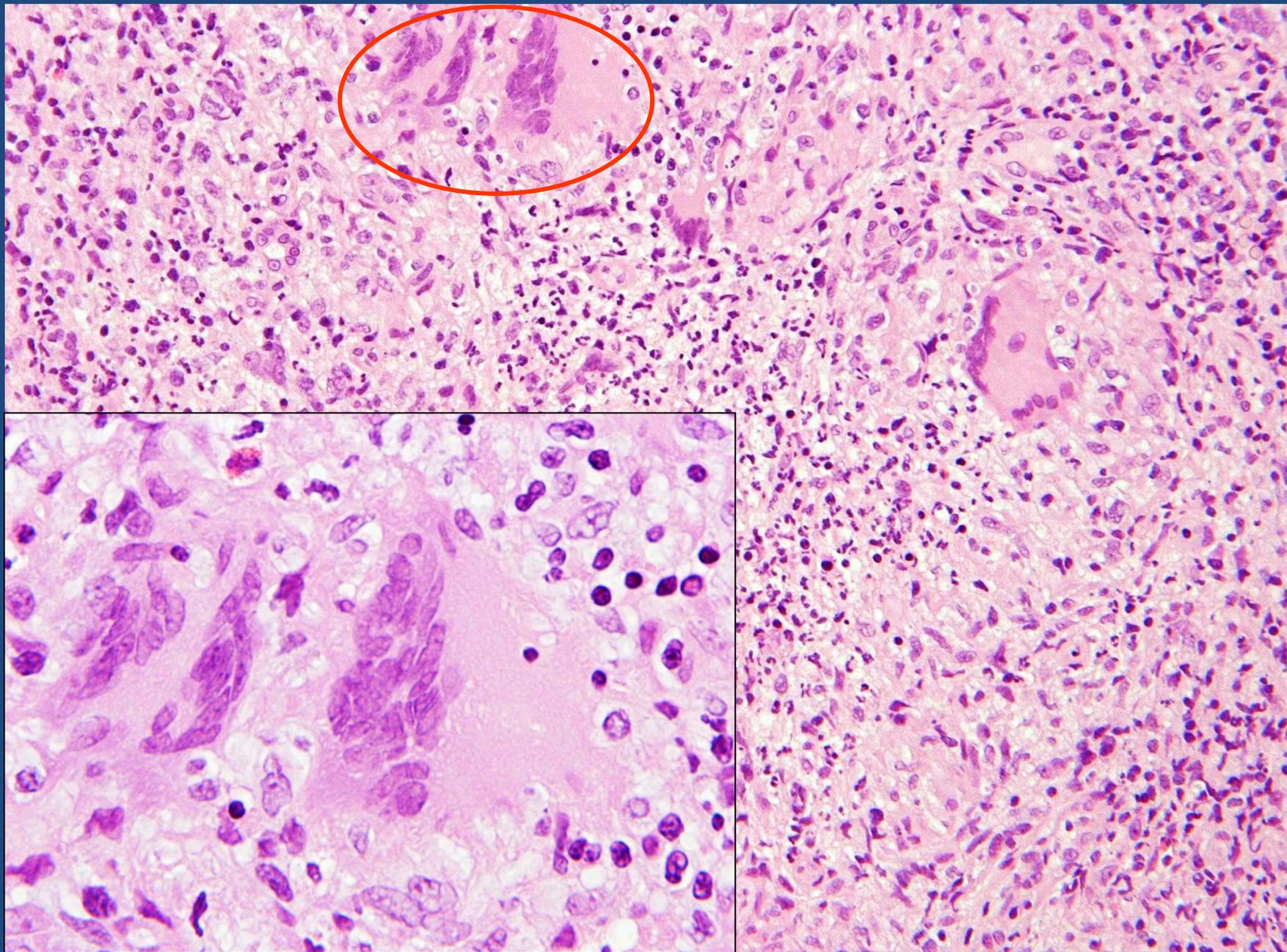
Endoscopia Digestiva Alta

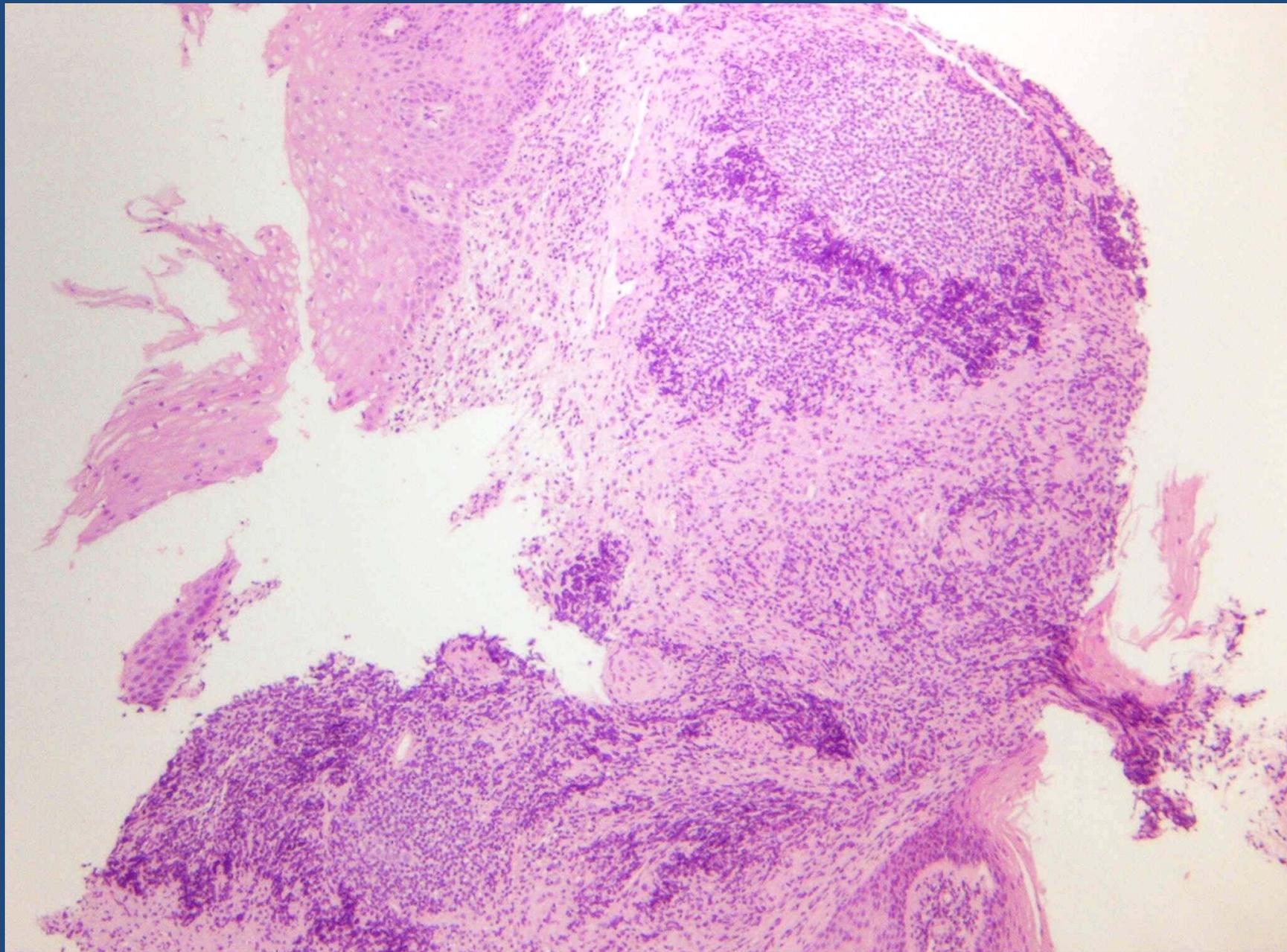




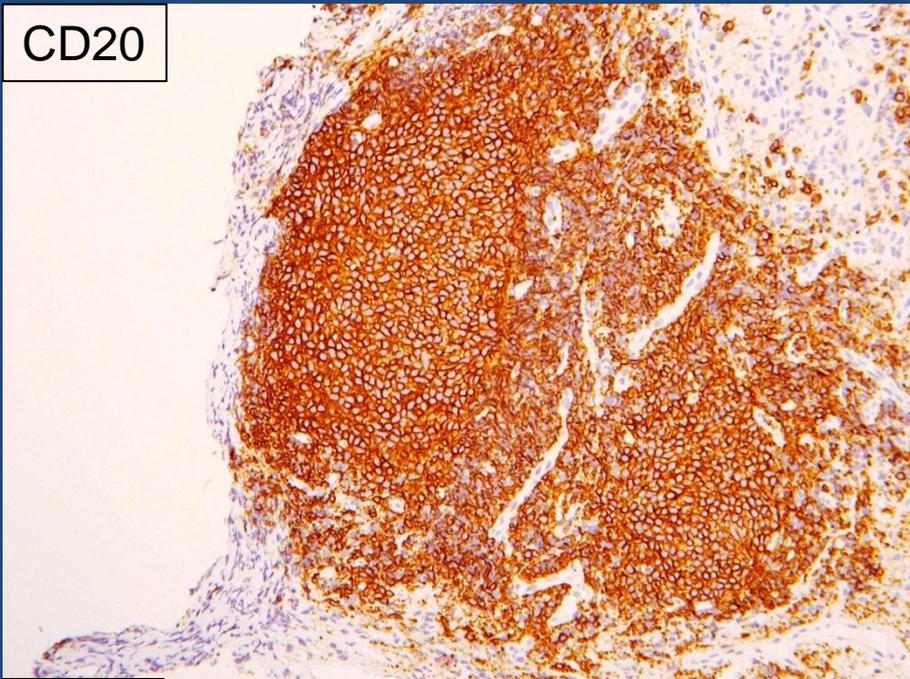




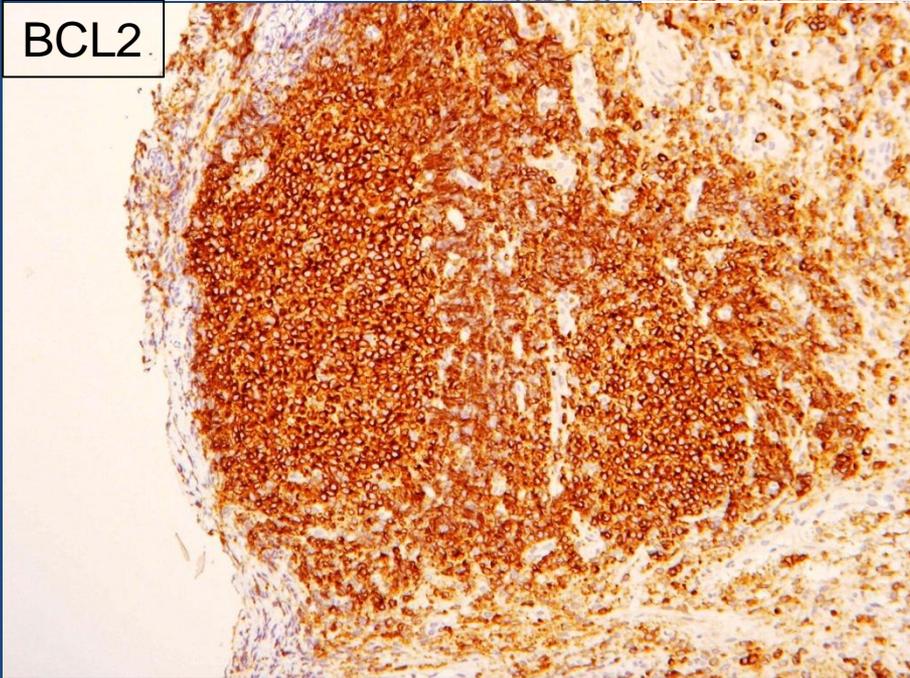




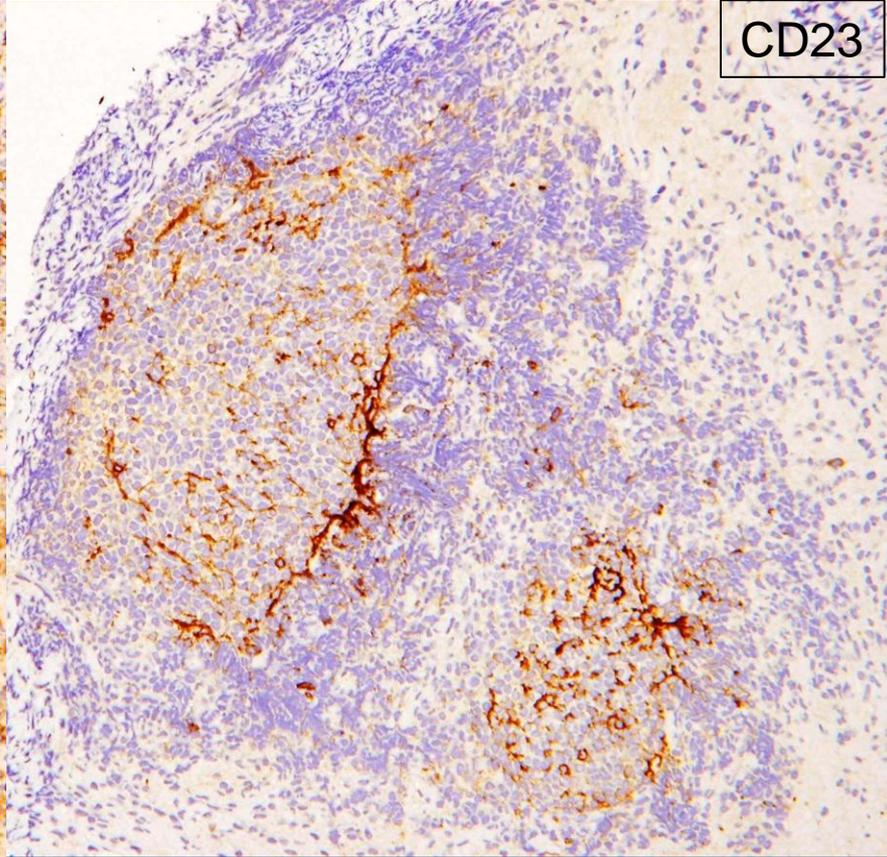
CD20



BCL2



CD23

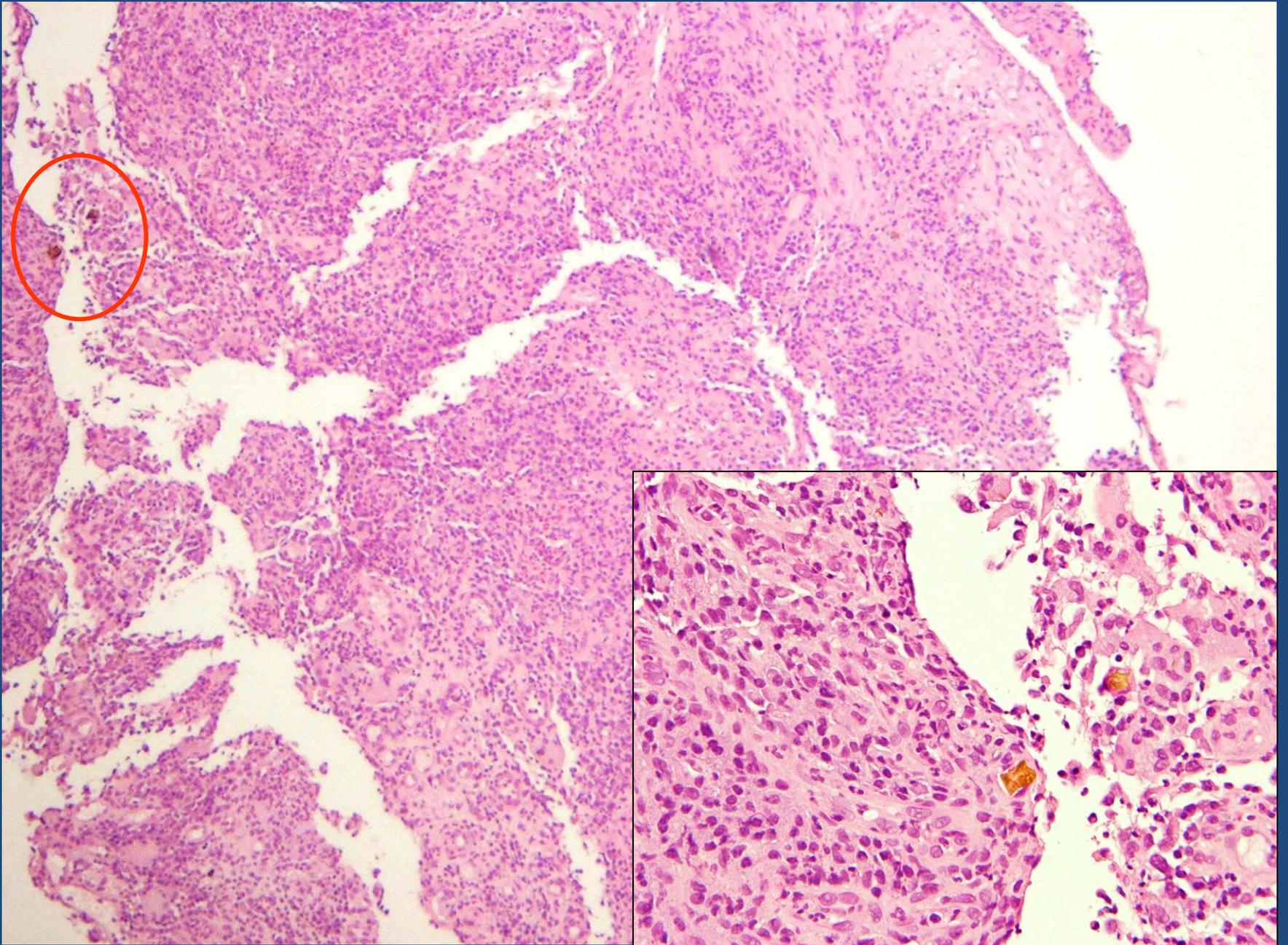


Exames Complementares de Diagnóstico

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

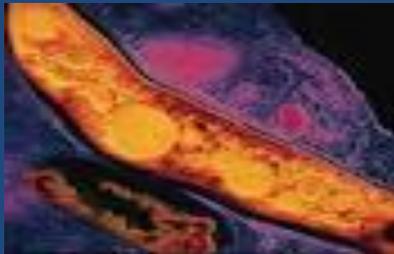
Sem alterações

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)

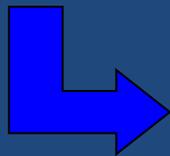
Febre (2)

Emagrecimento (2)



Tuberculose Esofágica - Diagnóstico

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



Diagnóstico difícil...

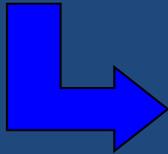
Clínica

- 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



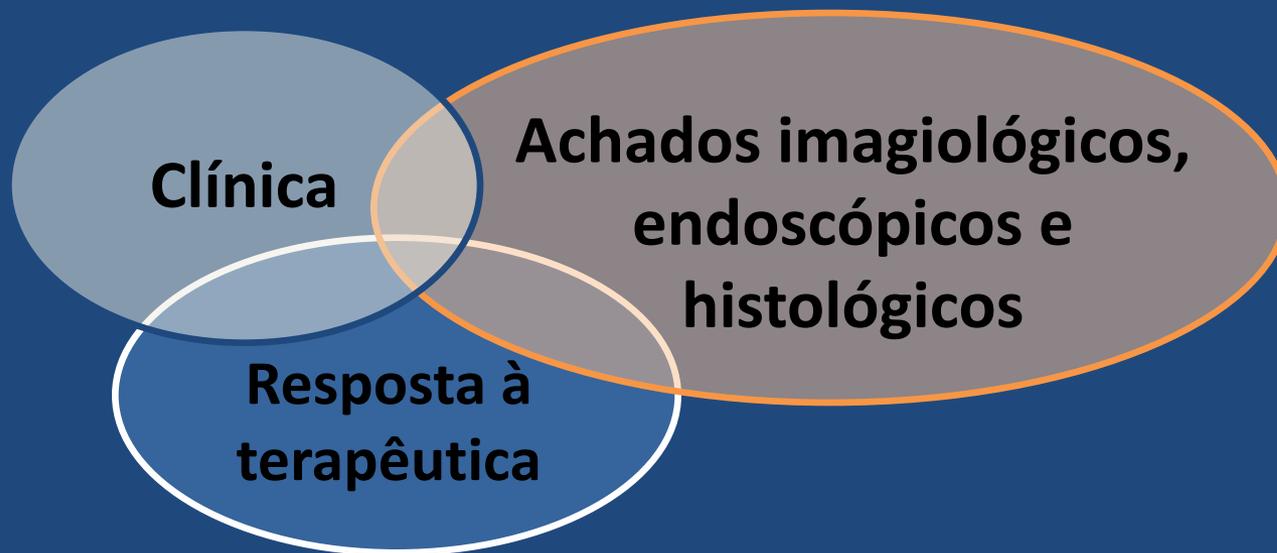
Diagnóstico difícil.

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



³Jibah Eng, MA, et al. Tuberculosis of the Esophagus. *Digestive Diseases and Sciences*, 36(4), April 1991, pp 536-540

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

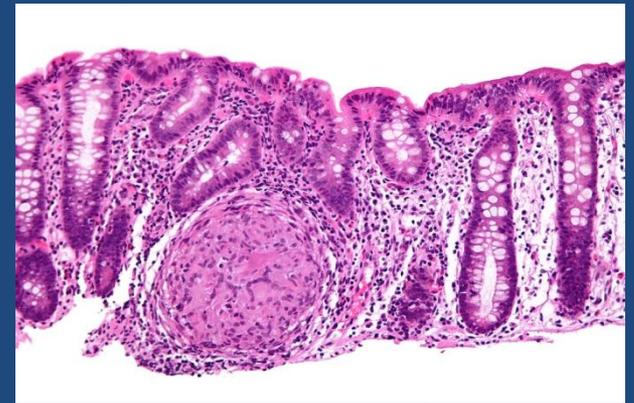
Endoscopia

- 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 hiper calciúria
- 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

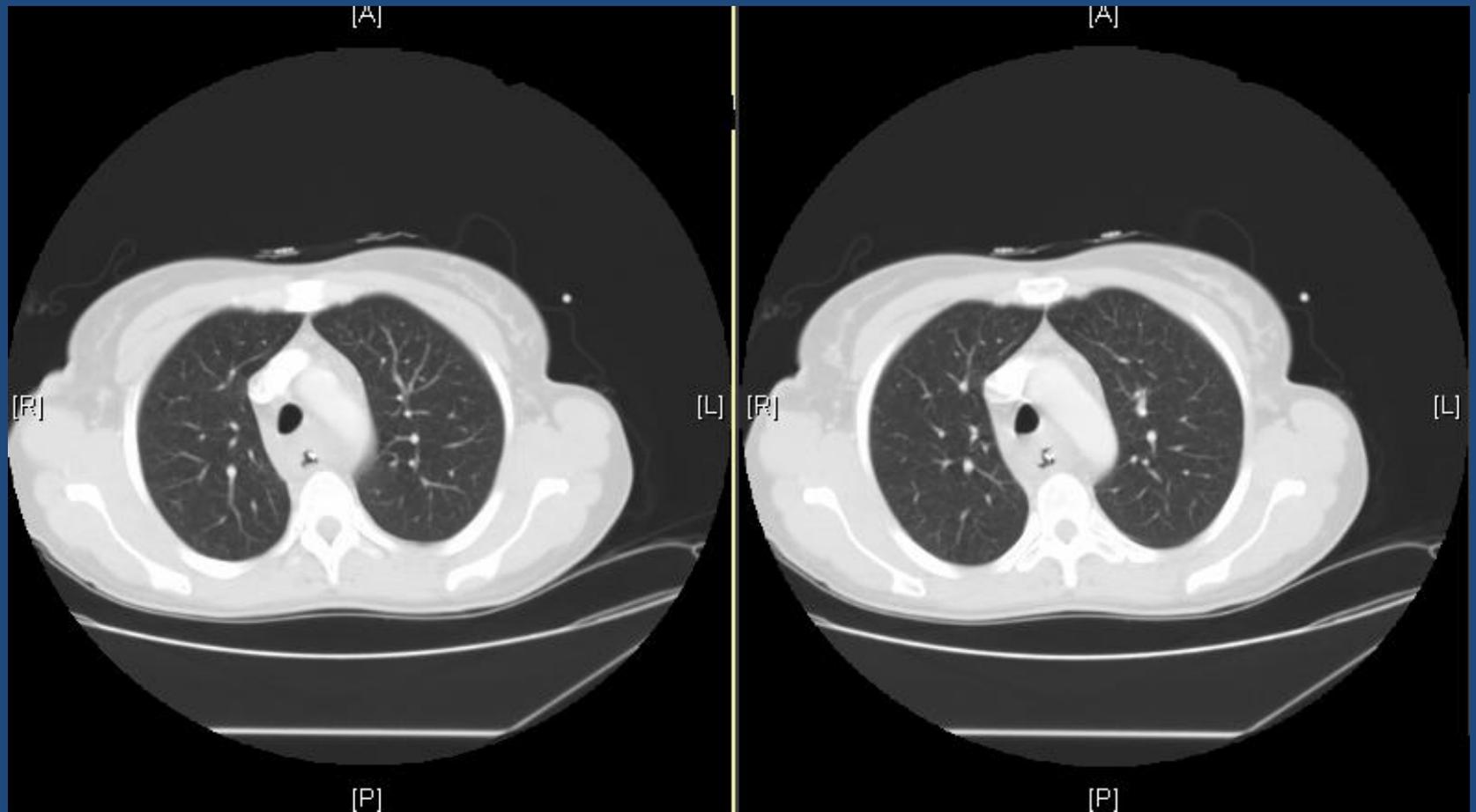
Evolução

| | 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

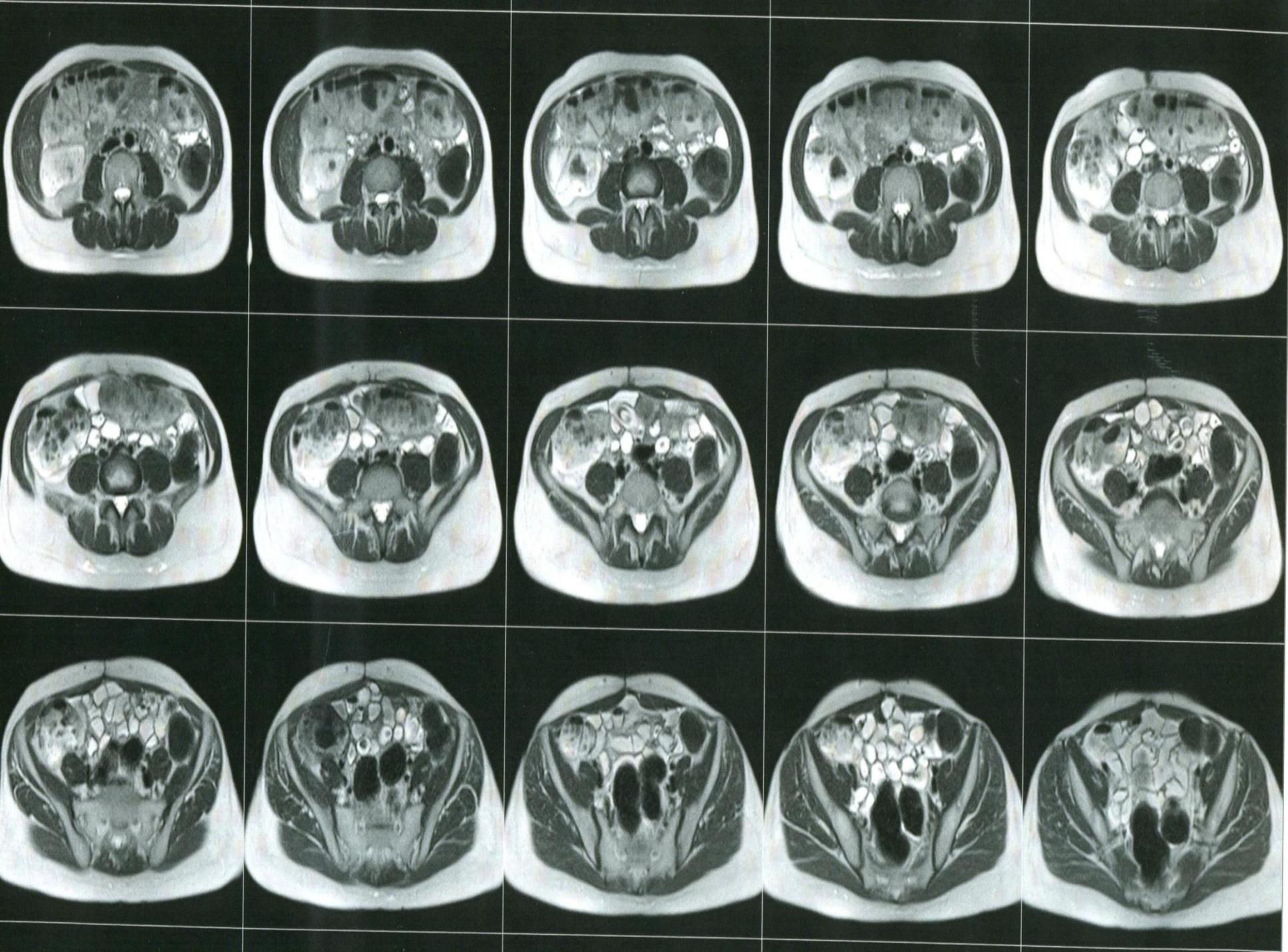
- Segmento de franca redução do calibre a nível da transição faringo-esofágica, com cerca de 12 mm de extensão, com zonas de transição abrupta, sem aparente irregularidade do relevo mucoso.

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.

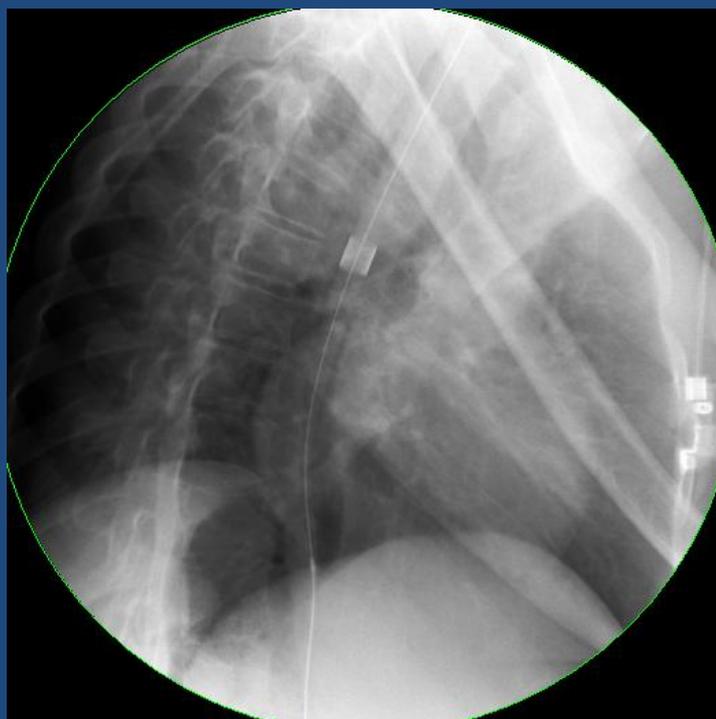
Endoscopia digestiva alta (24/04/2012):

- 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):

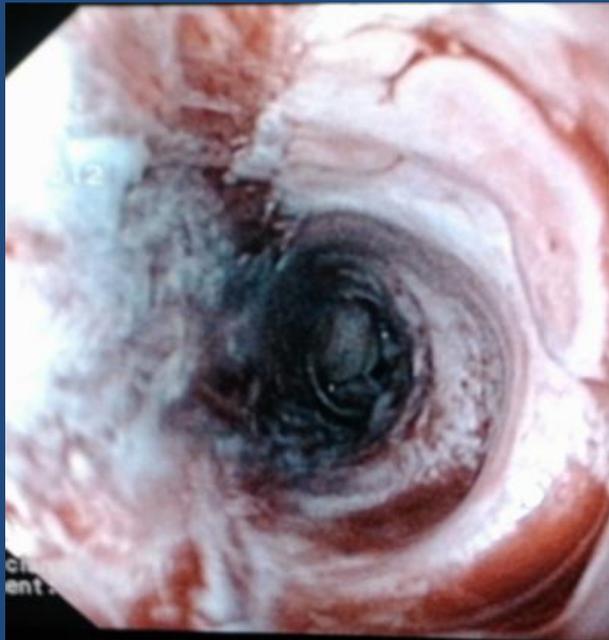
- Achados endoscópicos sobreponíveis;
- Dilatação sob fio guia com velas Savary-Gilliard de 7, 9 e 11mm, com resistência marcada.



Terapêutica endoscópica

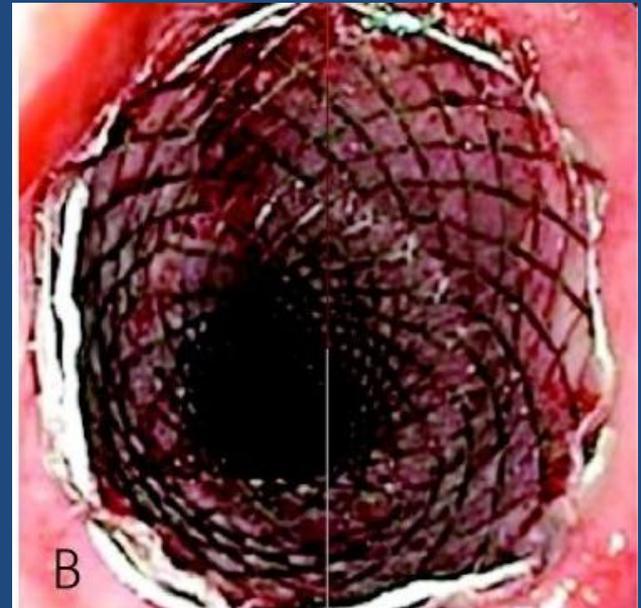
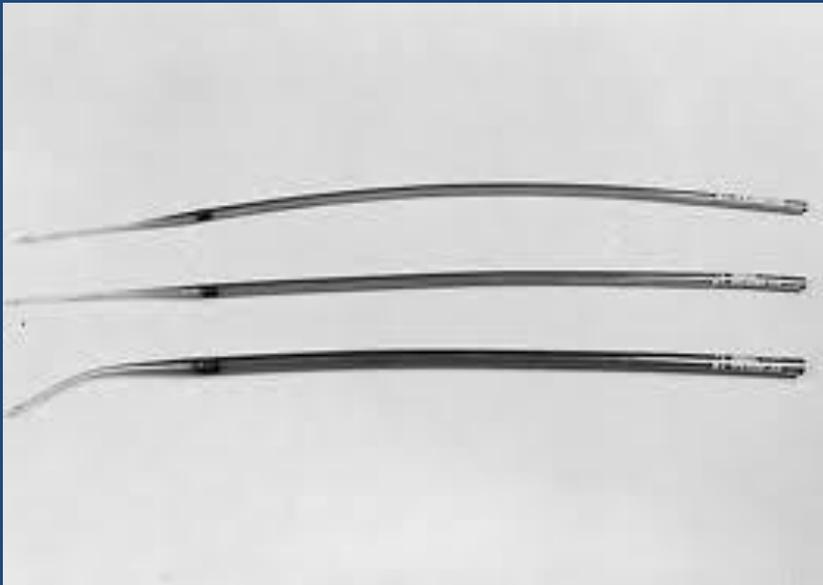
Endoscopia digestiva alta (08/05/2012):

- 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