



NGHD

Núcleo de Gastrenterologia
dos Hospitais Distritais



centro hospitalar
CHAlgarve

Faro • Portimão • Lagos

Tuberculose disseminada em doente sob Infiximab: um risco ainda actual

Vaz AM; Eusébio M; Antunes A; Queirós P; Gago T; Belo T; Guerreiro H.

Caso Clínico

- Sexo masculino, 53 anos
- Colite ulcerosa esquerda diagnosticada em Março de 2009.

Março 2009- Maio 2011



- Adesão irregular à terapêutica
- Medicado com Messalazina oral 3g /dia + Messalazina tópica
- Múltiplos cursos de corticoterapia oral

Corticodependência

Caso Clínico



Junho 2011

- Iniciou Azatioprina 2 mg/kg
- Melhoria clínica.



Setembro 2011

- Suspende Azatioprina por intolerância gastrointestinal (vômitos)
- Necessidade de reinstituir corticoterapia oral

Terapêutica biológica?

Caso Clínico

Janeiro 2012



- Radiografia de tórax: sem alterações.
- Prova de Mantoux: Negativa.

Abril 2012 – Novembro 2012



Infliximab 5 mg/kg 8/8 semanas

- Melhoria clínica parcial: 5 dejecções diárias, hematoquézias ocasionais

Caso Clínico



Dezembro 2012

Infliximab 5 mg/kg 6/6 semanas



Remissão clínica



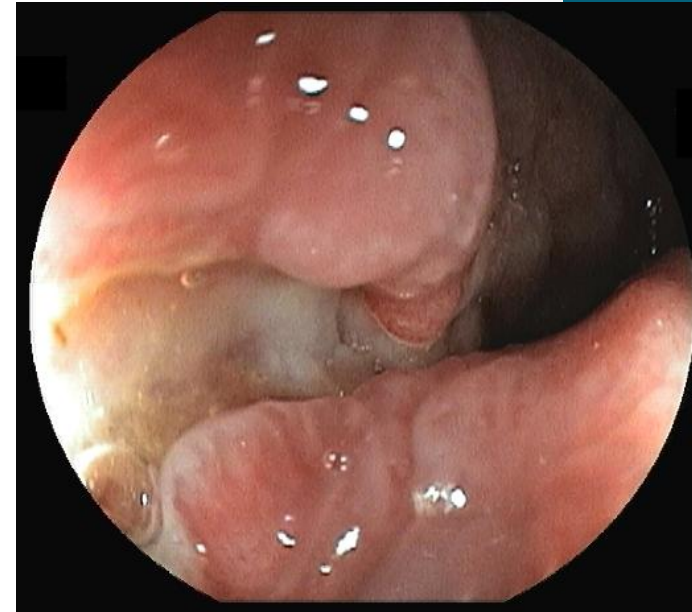
Junho 2013

- Ressurgimento de hematoquézias.

Caso Clínico

Junho 2013

Colonoscopia: “ Progressão até aos 40 cm da margem do ânus. Em toda a extensão verifica-se algum apagamento do padrão vascular. Aos 20 cm observa-se **ulceração isolada** com exudado que se biopsou.”



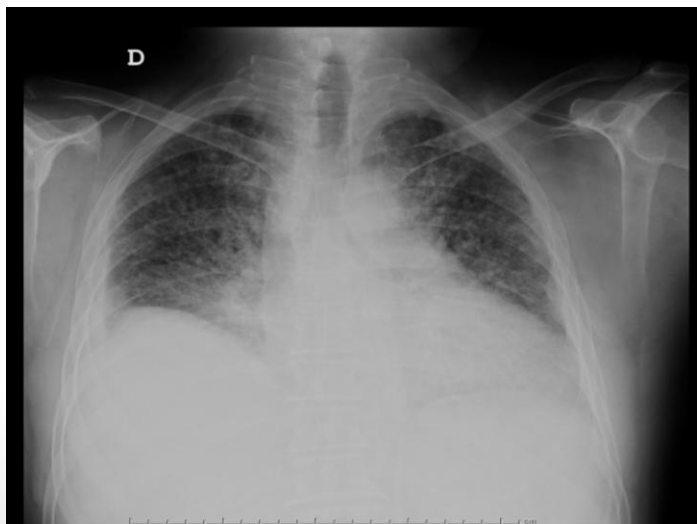
Histologia: “ Fragmentos de mucosa do cólon ulcerados, com marcada distorção da arquitectura glandular e marcada inflamação aguda e crónica. Compatível com colite ulcerosa”

Caso Clínico

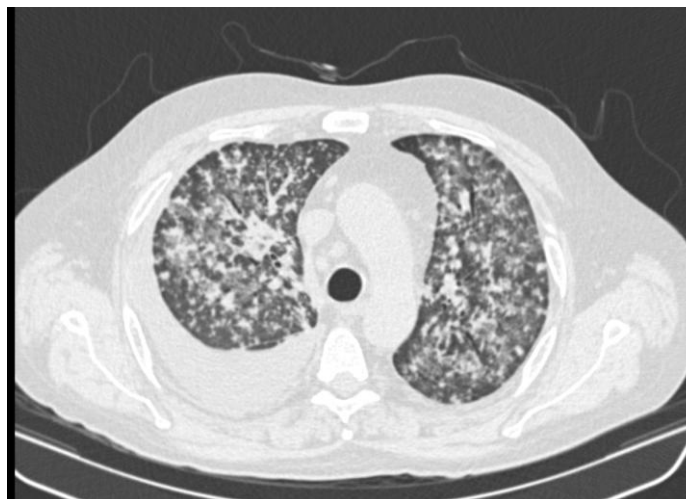
Julho 2013

Internamento em Medicina Interna

- Febre vespertina, astenia e tosse seca.
- PCR: 233 mg/dL
- Insuficiência respiratória parcial $pO_2=53,3\text{mmHg}$ $SatO_2=89.3\%$ com O_2 a 2L



Infiltrado micronodular difuso bilateral



Nódulos centrilobulares dispersos, predomínio lobos superiores

Caso Clínico



Julho 2013

Hemoculturas para Micobactérias: POSITIVAS

Exame cultural de Expectoração: *Mycobacterium Tuberculosis Complex* Multissensível

Toracocentese: Exudado. ADA 125 UI/L

Biópsia pleural: Granulomas necrotizantes.

Exame cultural líquido e Biópsia pleural: *Mycobacterium Tuberculosis*

Tuberculose pleuro-pulmonar

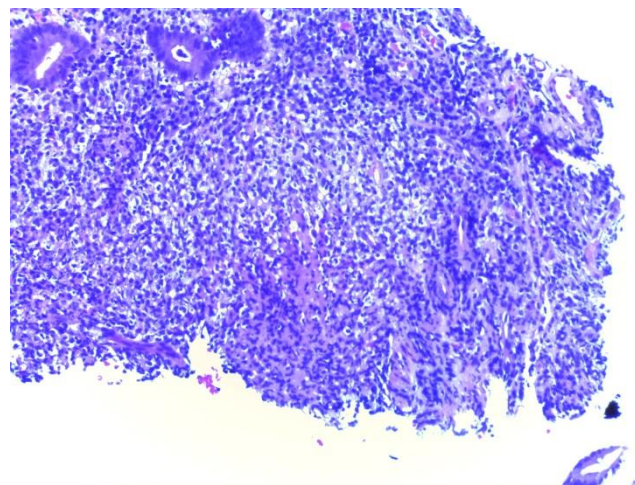
Caso Clínico

Julho 2013

Revisão de lâminas de biópsia do cólon (Junho 2013): “marcada distorção da arquitetura glandular, criptite aguda e infiltrado inflamatório crônico e intenso na lâmina própria constituído por linfócitos, plasmócitos e eosinófilos. **Observam-se granulomas, um deles com necrose central focal.**”

PCR *Mycobacterium Tuberculosis*: POSITIVA

Tuberculose intestinal



HRZE (2 meses) + HR (7 meses)



Boa resposta clínica

Caso Clínico

Dezembro 2013



Colonoscopia: “Introdução do colonoscópio até aos 35 cm. Manchas discretas de eritema e apagamento do padrão vascular. Sem evidência de úlcera anteriormente descrita.”

Histologia: Marcada distorção da arquitectura glandular e inflamação aguda e crónica ligeira. **Não se identificam granulomas.**

Discussão

- A utilização de anti-TNF α em doentes com Doença Inflamatória Intestinal aumenta o risco de desenvolvimento de Tuberculose.
- Existe consenso relativamente à necessidade de rastreio de Tuberculose Latente previamente à instituição de terapêutica com anti-TNF α .

Discussão

- A História Clínica, Exame Físico e Radiografia de Tórax são essenciais.
- A sensibilidade tanto do teste tuberculínico como do IGRA está diminuída em doentes sob terapêutica imunossupressoras e também nalgumas doenças inflamatórias imunomediadas.
- Por este motivo, as recomendações nacionais¹ consideram “prudente utilizar ambos TST e IGRA de forma a maximizar a sensibilidade”

¹Position paper on tuberculosis screening in patients with immune mediated inflammatory diseases candidates for biological therapy
ACTA REUMATOL PORT. 2012;37:253-259

Obrigado pela atenção!