

Tuberculose esofágica como causa infrequeente de disfagia

Esophageal tuberculosis as an uncommon cause of dysphagia



Raquel Cordeiro Mendes^{1*}

Denise do Socorro da Silva Rodrigues²

Jussemara Souza da Silva¹

Ana Angelica Bulcão Portela Lindoso¹

Richard Calanca¹

¹ Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo, SP, Brasil.

² Instituto Clemente Ferreira, São Paulo, SP, Brasil.



Submetido: 5 agosto 2025

Aceito: 8 setembro 2025

Publicado: 31 outubro 2025

*Autor para correspondência:

Raquel Cordeiro Mendes

E-mail: raquelcmendes27@gmail.com

DOI: 10.5935/2764-734X.e20250971

RESUMO

Apesar de rara, a tuberculose gastrointestinal pode afetar o esôfago e provocar disfagia tanto por mecanismos primários como secundários de disseminação da doença. Relatamos aqui dois casos de pacientes imunocompetentes cuja queixa de disfagia foi o principal sintoma que motivou a procura por um serviço de saúde. A endoscopia digestiva alta identificou lesões inespecíficas que inicialmente levaram à formulação de outras hipóteses diagnósticas, todavia, as respectivas biópsias permitiram o diagnóstico de tuberculose — uma primária e outra secundária. Houve resolução completa dos sintomas com o tratamento específico.

Descritores: Tuberculose Gastrointestinal; Doenças do Esôfago; Transtornos de Deglutição; Endoscopia Gastrointestinal; Relato de Caso.

ABSTRACT

Although rare, gastrointestinal tuberculosis can affect the esophagus and cause dysphagia through primary or secondary mechanisms of disease spread. We report here on two immunocompetent patients whose chief complaint of dysphagia was the main symptom that motivated seeking health services. Upper digestive endoscopy identified nonspecific lesions that initially led to the formulation of other diagnostic hypotheses; however, respective biopsies allowed the diagnosis of tuberculosis — one primary and the other secondary. There was complete resolution of symptoms with specific treatment.

Headings: Tuberculosis, Gastrointestinal; Esophageal Diseases; Deglutition Disorders; Endoscopy, Gastrointestinal; Case Report.

INTRODUÇÃO

A disfagia é definida como a dificuldade de deglutição e é um sintoma bastante comum, referido por um a cada seis pacientes¹. Sendo mais frequente entre homens e idosos, são diversas as etiologias possíveis, inclusive causas infecciosas^{1,2}.

Apresentamos aqui dois casos clínicos em que a causa da disfagia foi o diagnóstico surpreendente de tuberculose (TB) esofágica, eventualidade a ser lembrada especialmente em países onde a TB é endêmica, como no Brasil.

RELATOS DE CASOS

Paciente #1: mulher de 73 anos com queixa de pirose e disfagia para sólidos há um mês, acompanhada de tosse não produtiva e eventuais episódios de broncoespasmo. Também referia perda ponderal não intencional e não quantificada. Negava tabagismo, etilismo e outras comorbidades. A endoscopia digestiva alta (EDA)

identificou lesão elevada única medindo cerca de 15mm de diâmetro no esôfago proximal (Figura 1), com ulceração linear rasa ao centro. Também havia gastrite enantemática leve de antro, tendo se suspeitado logo de início de carcinoma esofágico. Diante desta hipótese, procedeu-se a uma tomografia computadorizada (TC) de tórax que demonstrou apenas a presença de linfonodos mediastinais aumentados em número, pequenos e não confluentes (Figura 2), além de uma atenuação heterogênea do parênquima pulmonar nas bases com discreto padrão em mosaico. A análise histopatológica das biópsias esofágicas evidenciou exulceração com intenso infiltrado inflamatório de predomínio histiocitário e agregados de histiócitos epitelioides em arranjo granulomatoso, com focos de necrose e sem sinais de malignidade. A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) por coloração específica foi positiva. Não foram enviadas amostras para cultura ou teste rápido molecular (TRM) para pesquisa do DNA de *Micobacterium tuberculosis*. A sorologia para HIV foi negativa e a prova tuberculínica (PT) obteve o resultado de 2mm. Depois de questionada, a paciente lembrou do antecedente epidemiológico de uma tia que teve TB há mais de 60 anos. Houve melhora sintomática logo após o início do tratamento específico com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RIPE), sendo que a EDA de controle ao final do tratamento (decorridos seis meses) confirmou a remissão e cicatrização completa da lesão.



Figura 1. Lesão elevada única com ulceração linear rasa ao centro visualizada em endoscopia digestiva alta realizada na Paciente #1 (pré-biópsia à esquerda e pós-biópsia à direita).

Paciente #2: mulher de 36 anos com disfagia e epigastralgia persistentes e progressivas há cerca de um ano, associadas a tosse pouco produtiva, febre vespertina esporádica, sudorese noturna, astenia e perda ponderal de 10kg no período. Negava tabagismo, etilismo e outras comorbidades. A TC de tórax identificou linfonodomegalia mediastinal (Figura 3), sem infiltrados ou condensações pulmonares. Uma baciloscoopia inicial do escarro foi negativa. Procedeu-se, então, à EDA,

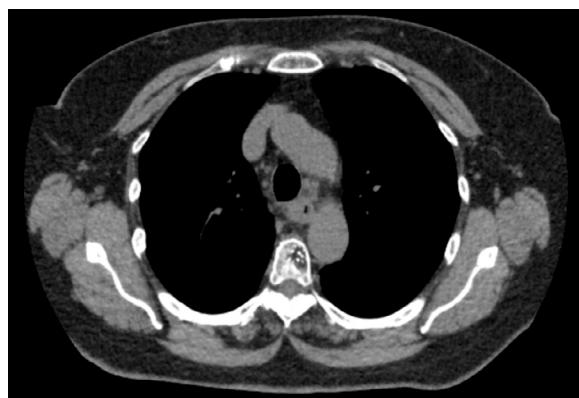


Figura 2. Corte tomográfico evidenciando um certo espessamento da parede esofágica e linfonodos mediastinais aumentados em número, porém pequenos e não confluentes (Paciente #1).

que identificou um orifício fistuloso no esôfago proximal com diâmetro aproximado de 0,5cm, sem saída de secreção ou de ar. Uma segunda lesão fistulosa foi encontrada na parede posterior do corpo do estômago, a qual drenava pequena quantidade de secreção serosa; uma terceira lesão ainda foi visualizada no duodeno, sendo esta uma úlcera profunda de bordas regulares e fundo granulomatoso (Figura 4). O estudo histológico das várias biópsias realizadas destas lesões identificou processo inflamatório granulomatoso crônico com áreas de necrose, sugestivo de TB. Não foram encaminhadas amostras para baciloscoopia, cultura ou TRM. Decidiu-se ainda biopsiar um linfonodo supraclavicular palpável onde também foram identificados granulomas e células gigantes multinucleadas com necrose caseosa (amostra também não encaminhada para exames microbiológicos). A sorologia para HIV foi negativa. A medida da PT foi de 12mm. A paciente recebeu tratamento com RIPE (sequência padrão mantida por nove meses) e evoluiu com rápida melhora sintomática. Um esofagograma baritado e nova EDA de controle realizados no 8º mês de tratamento constataram a resolução completa das lesões, sem sequelas.

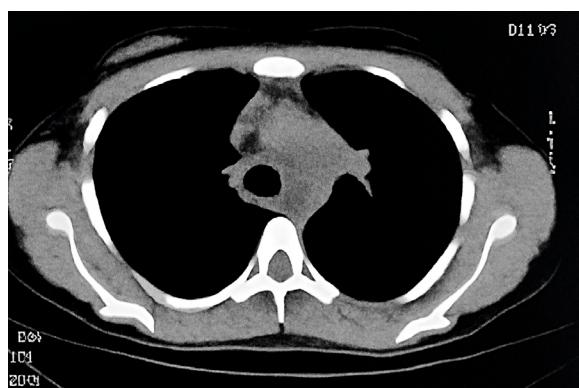


Figura 3. Corte tomográfico sem contraste evidenciando linfonodomegalia mediastinal para-aórtica (Paciente #2).



Figura 4. Imagens endoscópicas visualizadas na Paciente #2: A. fístula esofágica; B. fístula gástrica; C. úlcera duodenal.

DISCUSSÃO

A TB esofágica corresponde a uma prevalência de apenas 2,8% dos casos de TB gastrointestinal³, entretanto, a disfagia é o seu sintoma mais comum, presente em cerca de 90% dos pacientes². O acometimento esofágico pela TB pode ocorrer de forma primária ou secundária^{2,3}. A forma primária corresponde à infecção exclusiva do esôfago, sem evidências de qualquer outro foco de infecção, tal como exemplificado na nossa Paciente #1. Trata-se de uma manifestação ainda mais rara devido aos mecanismos próprios de defesa do esôfago, tais como a presença de saliva e de muco, o epitélio escamoso e os movimentos peristálticos^{3,4}. A TB esofágica secundária, por sua vez, relaciona-se a lesões concomitantes na laringe, nos pulmões e, sobretudo, nos linfonodos mediastinais², tanto pela disseminação contígua quanto pela deglutição de escarro bacilífero, além de um relativamente frequente envolvimento multifocal do trato gastrointestinal³ como o da Paciente #2.

A EDA costuma ser o primeiro e principal método diagnóstico utilizado para a investigação de queixas disfágicas, porém os achados de TB esofágica podem ser variados e inespecíficos. O achado endoscópico mais comum é o de úlceras superficiais geralmente únicas, de tamanho variado, com bordas regulares ou de aspecto infiltrativo, muito similar às neoplasias⁴. Outros tipos de lesão como nódulos submucosos, pólipos e úlceras aftosas e profundas (geralmente em fundo cego) também são possíveis e igualmente inespecíficas, podendo até ocorrer áreas localizadas de estenose³. As fístulas esofágicas atribuídas à TB geralmente se manifestam através de mais de um orifício, cujo trajeto pode transpassar o mediastino e, mais frequentemente, a traqueia e/ou brônquio principal esquerdo² aqui, mais uma vez, desponta o carcinoma esofágico como principal diagnóstico diferencial⁴. A maioria das lesões associadas à TB predominam no terço médio do esôfago^{2,5}, provavelmente devido à sua proximidade com os linfonodos mediastinais localizados junto à bifurcação da traqueia. Ambas as nossas pacientes, no entanto, apresentavam lesões em terço superior, o que pode ser explicado pela

forma primária da TB esofágica na Paciente #1 e o envolvimento multifocal da Paciente #2.

Mais do que a visualização das lesões, a EDA também permite a realização de múltiplas biópsias, as quais devem ser profundas e representativas para aumentar a sensibilidade do diagnóstico definitivo³, que depende, sobretudo, da análise histopatológica destas amostras. A identificação de granulomas é a clássica manifestação tecidual da infecção tuberculosa, mas também ocorre em outras patologias como a doença de Crohn, granulomatoses não infecciosas ou mesmo infecções fúngicas endêmicas como a histoplasmose e a paracoccidioidomicose^{4,6,7}. A presença de necrose caseosa e células gigantes multinucleadas nas amostras obtidas pode até fortalecer a suspeita de TB esofágica³, porém a identificação de BAAR e/ou de componentes genéticos da micobactéria são idealmente necessários. Vale ressaltar que nos dois casos aqui relatados não houve encaminhamento das amostras endoscópicas “a fresco” para o laboratório de microbiologia – esta é uma conduta absolutamente habitual na maioria dos serviços de endoscopia que, além de ser justificada por sua baixa sensibilidade⁸, reflete em muito a subvalorização das infecções específicas como possíveis etiologias neste contexto. Tanto as colorações específicas (tal como aconteceu com as amostras da Paciente #1) quanto as técnicas de reação em cadeia de polimerase (PCR), no entanto, podem (ou melhor, devem) ser realizadas em amostras fixadas em parafina³, conferindo a estas últimas sensibilidade de 80 e especificidade de 98%⁴.

Situação mais desafiadora é a provocada pelo acometimento esofágico na doença de Crohn: embora também pouco frequente, manifesta-se sobretudo de forma igualmente multifocal^{6,7}, em que a EDA costuma ser um exame solicitado para pacientes que já têm o diagnóstico prévio de Crohn e evoluem com disfagia. A identificação de granulomas nas biópsias, no entanto, pressupõe a confirmação da doença de base e a consequente introdução ou intensificação de terapias imunossupressoras, de tal forma que a exclusão da TB exige zelo ainda maior pelo seu risco de disseminação e óbito se este diagnóstico estiver equivocado⁹. Fato é que tanto os sintomas (a começar pela disfagia) quanto as lesões endoscópicas comuns a todas estas doenças (incluindo o carcinoma esofágico) implicam na necessária lembrança da TB como suspeita diagnóstica, mesmo que não seja esta a primeira hipótese^{3,9}. Nos nossos relatos, a idade mais jovem da Paciente #2 e a TB linfonodal concomitante certamente facilitaram este raciocínio, mas não podemos dizer o mesmo em relação à Paciente #1, cuja hipótese de neoplasia só pode ter sido afastada com o resultado final das biópsias.

Além da EDA, a TC de tórax é o exame complementar mais útil na investigação de uma possível TB esofágica ao permitir que se avalie a espessura da parede esofágica, o mediastino e o acometimento pulmonar³. A TC de tórax também auxilia, dentre outros, a equipe médica a definir a diferenciação entre TB primária e secundária. Outro exame de imagem potencialmente útil é o esofagograma contrastado (geralmente com bário) para avaliar compressão extrínseca e/ou trajetos fistulosos⁵, sendo que as fistulas são as principais complicações associadas à TB esofágica. As fistulas traqueoesofágicas propiciam engasgos e episódios de pneumonia aspirativa^{10,11}, enquanto outros tipos de fistula como esofagoarterial e esofagomediastinal podem gerar complicações mais desastrosas como hematêmese maciça⁸ e mediastinitide¹² - são poucos, no entanto, os relatos na literatura. A PT, apesar de ter sido realizada em ambos os casos, tem pouca significância diagnóstica em áreas endêmicas e não permite o diagnóstico de TB ativa^{3,13}.

O tratamento padrão com RIPE por seis meses é o esquema preconizado¹³ para a TB esofágica, inclusive nos casos que cursam com a formação de fistulas^{11,14}, desde que não se comprove uma possível resistência a estas drogas. Na prática clínica e na literatura, entretanto, há vários relatos em que o tratamento foi prolongado para 9 ou 12 meses^{5,10,11}, assim como foi para a nossa Paciente #2. No caso de haver fistulas, o jejum associado à nutrição enteral ou parenteral é discutível¹⁵ e reforça a importância de uma abordagem multiprofissional. A melhora sintomática nestes casos geralmente acontece só no segundo mês do tratamento e a evolução endoscópica deve ser monitorada. Em situações de falha terapêutica – felizmente raras – pode ser indicada correção cirúrgica^{2,3}.

CONCLUSÃO

Os dois casos aqui relatados exemplificam a possibilidade da TB esofágica ser um dos diagnósticos diferenciais de pacientes com disfagia e perda ponderal, mesmo na ausência de sintomas pulmonares clássicos. As biópsias realizadas por EDA são a principal ferramenta disponível para definir este diagnóstico, porém o achado de granulomas nos cortes histológicos requer, sempre que possível, aprofundar a investigação através de colorações específicas e testes de biologia molecular.

os termos da Creative Commons Attribution License (CC-BY), os quais permitem acesso imediato e gratuito ao trabalho e autoriza qualquer usuário a ler, baixar eletronicamente, copiar, distribuir, imprimir, procurar, estabelecer um link para indexação, ou utilizá-lo para qualquer outro propósito legal, sem solicitar permissão prévia à Editora ou ao autor, desde que a origem de sua publicação e autoria sejam devidamente citadas."

REFERÊNCIAS

1. Adkins C, Takakura W, Spiegel BMR, Lu M, Vera-Llonch M, Williams J, et al. Prevalence and Characteristics of Dysphagia Based on a Population-Based Survey. Clin Gastroenterol Hepatol. 2020 Aug;18(9):1970-9.e2. DOI: 10.1016/j.cgh.2019.10.029
2. Jain SK, Jain S, Jain M, Yaduvanshi A. Esophageal tuberculosis: is it so rare? Report of 12 cases and review of the literature. Am J Gastroenterol. 2002 Feb;97(2):287-91. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2002.05456.x
3. Chaudhary P, Nagpal A, Padala SB, Mukund M, Borgharia S, Lal R. Esophageal Tuberculosis: A Systematic Review. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2022 Dec;74(Suppl 3):5910-20. DOI: 10.1007/s12070-021-02541-9
4. Ye T, Zong Y, Zhao G, Zhou A, Yue B, Zhao H, et al. Role of Endoscopy in Esophageal Tuberculosis: A Narrative Review. J Clin Med. 2022 Nov;11(23):7009. DOI: 10.3390/jcm11237009
5. Birda CL, Kumar A, Gupta P, Singh H, Sharma V. Oesophageal Tuberculosis: A Systematic Review Focusing on Clinical Management. Dysphagia. 2022 Aug;37(4):973-87. DOI: 10.1007/s00455-021-10360-x
6. Schwartzberg DM, Brandstetter S, Grucela AL. Crohn's Disease of the Esophagus, Duodenum, and Stomach. Clin Colon Rectal Surg. 2019 Jul;32(4):231-42. DOI: 10.1055/s-0039-1683850
7. De Felice KM, Katzka DA, Raffals LE. Crohn's Disease of the Esophagus: Clinical Features and Treatment Outcomes in the Biologic Era. Inflamm Bowel Dis. 2015 Sep;21(9):2106-13. DOI: 10.1097/MIB.0000000000000469
8. Olson D, Liu KC, Merza AP, Tilahun E, Aziz Aadam A. Esophageal tuberculosis induced dysphagia: a case report. BMC Gastroenterol. 2022 Mar 22;22(1):131. DOI: 10.1186/s12876-022-02211-2
9. Choudhury A, Dhillon J, Sekar A, Gupta P, Singh H, Sharma V. Differentiating gastrointestinal tuberculosis and Crohn's disease- a comprehensive review. BMC Gastroenterol. 2023;23:246. DOI: 10.1186/s12876-023-02887-0
10. Khan MS, Maan MHA, Sohail AH, Memon WA. Primary esophageal tuberculosis mimicking esophageal carcinoma on computed tomography:

"Este relato de caso goza de uma declaração oficial de sua instituição de origem com a devida ciência e aprovação ética, além de ter sido submetido à revisão por pares antes da sua publicação. Os autores declaram não haver nenhum tipo de patrocínio ou conflito de interesses. Vale ressaltar que os relatos de caso são um valioso recurso de aprendizado para a comunidade científica, mas não devem ser utilizados isoladamente para guiar opções diagnósticas ou terapêuticas na prática clínica ou em políticas de saúde. Este é um artigo de livre acesso, distribuído sob

- A case report. *World J Gastrointest Surg.* 2019 Sep;11(9):373-80. DOI: 10.4240/wjgs.v11.i9.373
11. Lado Lado FL, Golpe Gómez A, Cabarcos Ortíz de Barrón A, Antúnez López JR. Bronchoesophageal Fistulae Secondary to Tuberculosis. *Respiration.* 2002;69(4):362-5. DOI: 10.1159/000063264
12. Hoyuela C, Mateu M, Rami Porta R. Mediastinitis aguda como primera manifestación de una tuberculosis esofágica. *Arch Bronconeumol.* 1997 Sep;33(8):427-8. DOI: 10.1016/S0300-2896(15)30573-1.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acesso 2025 ago 28]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsas/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view>
14. Diallo I, Touré O, Sarr ES, Sow A, Ndiaye B, Diawara PS, et al. Isolated esophageal tuberculosis: A case report. *World J Gastrointest Endosc.* 2022 Sep 16;14(9):575-80. DOI: 10.4253/wjge.v14.i9.575
15. Kumpf VJ, de Aguiar-Nascimento JE, Diaz-Pizarro Graf JI, Hall AM, McKeever L, Steiger E, et al; FELANPE; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. ASPEN-FELANPE Clinical Guidelines. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2017 Jan;41(1):104-12. DOI: 10.1177/0148607116680792