
Caso Clínico / Clinical Case

SALMONELOSE - A PROPÓSITO DE UM CASO

F. AÇUCENA¹, I. PEDROTO², D. SOUSA¹, M. SALGADO², J. CORREIA³, H. GUERREIRO¹, J. AREIAS²

Resumo

Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino, 50 anos, internado por diarreia sanguinolenta, febre, arrepios de frio e *rash* cutâneo generalizado com cerca de 10 dias de evolução.

Análiticamente apresentava padrão laboratorial compatível com quadro inflamatório agudo.

A ileocolonosocopia revelou áreas de congestão e friabilidade da mucosa, com ulcerações planas, existindo zonas de mucosa poupada e ileon terminal sem alterações; aspectos anatomopatológicos de colite aguda.

O estudo serológico foi negativo, bem como a pesquisa de leucócitos fecais.

O estudo microbiológico das fezes permitiu o isolamento de *Salmonella spp* grupo B.

Iniciou antibioterapia com Doxiciclina com resolução clínica ao 2º dia.

Os autores chamam a atenção para a forma de apresentação desta infecção entérica e respectivos diagnósticos diferenciais.

Summary

The authors report a case of a 50-year-old male who presented in the hospital with a 10 day history of fever, chills, bloody diarrhea and a generalized skin rash.

Results of laboratory analyses were compatible with an acute inflammatory process.

An ileo-colonoscopy revealed areas of congestion and mucosal friability, with flat ulcerations. Some areas of the mucosa were spared and the terminal ileum showed no changes. Histological exam pointed to acute colitis.

Serological study and fecal leukocyte test were negative.

A stool culture for enteric pathogens revealed the presence of *Salmonella spp* B group.

Antibiotic therapy with doxycycline improved clinical status by day 2.

The authors highlight how this enteric infection presented and the differential diagnosis.

GE - J Port Gastroenterol 2005, 12:323-326

INTRODUÇÃO

As infecções intestinais são uma patologia frequente em todo o Mundo, representando uma causa importante de morbidade e mortalidade, estimando-se em cerca de cinco milhões de mortes/ano à escala mundial, particularmente em países subdesenvolvidos e em indivíduos imunocomprometidos (1,2).

A pedra angular da clínica de uma infecção entérica é a diarreia aguda definida como uma condição na qual se verifica mais de três dejetões/dia com peso fecal superior a 200 g/dia, com fezes líquidas ou semi-líquidas, de início brusco e com uma duração até quatro semanas (3,4).

Pode-se considerar em termos fisiopatológicos a diarreia infecciosa dividida em duas categorias: não-inflamatória (secretora) ou inflamatória (invasiva) (5,6).

A diarreia não-inflamatória caracteriza-se pela não agressão da mucosa entérica e do ponto de vista clínico, emissão de fezes aquosas de grande volume que podem condicionar quadros de desidratação severa, sem

sangue, acompanhada por vezes de dor abdominal, náuseas e vômitos. A febre é rara e os sintomas e sinais de envolvimento sistémico são raros ou ausentes. Os agentes envolvidos neste tipo de infecção intestinal são bactérias produtoras de enterotoxinas (*E. coli* enterotoxigénica, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens*), protozoários (*Giardia lamblia*) ou vírus pouco invasivos (*Norwalk*). Estes agentes estimulam a secreção intestinal através da libertação de enterotoxinas. O intestino delgado é o mais frequentemente atingido por este tipo de infecção.

A diarreia inflamatória é causada por agentes enteroinvasivos que causam lesão da mucosa entérica, caracterizando-se do ponto de vista clínico por dejetões frequentes de pequeno volume, com sangue, dor abdominal nos quadrantes inferiores e por vezes, sinais e sintomas sistémicos de infecção, nomeadamente febre, *rash* cutâneo e prostração. A desidratação é menos comum que na forma não-inflamatória. Os agentes que causam este tipo de diarreia normalmente afectam o ileon distal e o cólon, invadindo a mucosa ou produzindo citotoxinas originan-

(1) Serviço Gastroenterologia, Hospital Distrital de Faro, Faro, Portugal.

(2) Serviço de Gastroenterologia, Hospital Geral de Santo António SA, Porto, Portugal.

(3) Serviço de Medicina 1A, Hospital Geral de Santo António SA, Porto, Portugal.

do uma reacção inflamatória aguda. Os agentes mais frequentes são a *E.coli* enterohemorrágica e enteroinvasiva, a *Yersinia* enterocolítica, a *Shigella*, o *Campylobacter*, o *Clostridium difficile* e a *Salmonella* entérica.

Clinicamente são considerados sinais de gravidade no contexto de uma diarreia aguda a diarreia profusa (> 6 dejectões/dia), desidratação, hipotensão, taquicardia, hipertermia (> 38,5°C) ou hipotermia, oligúria, sinais de sépsis e choque (5,7).

A abordagem diagnóstica deve incluir questões sobre viagens recentes, ingestão de alimentos suspeitos nas horas ou dias que antecederam o início dos sintomas, patologias concomitantes nomeadamente estados de imunodepressão e toma recente de fármacos, particularmente antibióticos.

O exame de fezes para a detecção de leucócitos e lactoferrina é útil na diferenciação entre o quadro inflamatório e não-inflamatório. A positividade para leucócitos fecais e lactoferrina indica uma reacção inflamatória, embora apresente uma baixa especificidade no que concerne à entidade etiológica já que a isquemia, a colite rádica e a Doença Intestinal Inflamatória (DII) também são positivos para aqueles parâmetros (1,8).

As coproculturas são frequentemente pedidas e os testes de rotina normalmente detectam *Salmonella*, *Shigella* e *Campylobacter*, embora possam ser solicitadas culturas especiais para detectar *Yersinia*, *E.Coli* enterohemorrágica ou *Vibrio*. Se existe suspeita de *Clostridium difficile* deve ser pesquisada a citotoxina nas fezes. As principais indicações para coprocultura incluem: contexto epidémico, diarreia com duração superior a 3 dias, doentes imunocomprometidos, suspeita de cólera e diarreia aguda no contexto de antibioterapia (9). Pode igualmente ser solicitado um exame parasitológico para pesquisa de quistos, ovos, trofozoítos ou parasitas nas fezes.

A colonoscopia normalmente não é necessária na diarreia aguda, mas quando realizada mostra frequentemente aspectos inespecíficos de colite erosiva ou ulcerada, com sinais inflamatórios, permitindo ainda a realização de biopsias para exame anatomopatológico e cultural. As indicações mais frequentes para colonoscopia no contexto de uma diarreia aguda incluem: suspeita de colite pseudomembranosa, diarreia severa com sinais sistémicos e diarreia hemorrágica ou prolongada com exame das fezes negativo (9).

A maioria dos episódios de diarreia aguda são auto-limitados e não requerem avaliação ou terapêutica específicas. No entanto existem certas condições clínicas que pela sua duração, contexto ou severidade requerem um estudo e terapêutica direccionados.

As diarreias agudas são frequentes e normalmente têm uma evolução benigna principalmente nos países desenvolvidos. Os agentes envolvidos raramente são isolados

e o tratamento é essencialmente sintomático ou de suporte a não ser que existam evidências de um envolvimento infeccioso sistémico.

CASO CLÍNICO

A.J.M., sexo masculino, 50 anos, eurocaucasiano, casado e reformado de motorista que foi referenciado ao Serviço de Urgência por quadro com 10 dias de evolução constituído por diarreia sanguinolenta, com muco, sem pus, com 4 dejectões diárias (incluindo o período nocturno), arrepios de frio, febre (39°C) e *rash* cutâneo no tronco e membros. Neste período negava sintomas proctológicos, dor abdominal, náuseas ou vómitos e não apresentava queixas urinárias ou respiratórias.

Nos antecedentes pessoais registam-se 3 intervenções cirúrgicas por hérnia discal lombar por síndrome radicular e seguimento em consulta de Cirurgia Geral em 2000 por fístula peri-anal complexa e recidivante. Nesta ocasião efectuou colonoscopia demonstrando, ao nível do cólon descendente distal e sigmoide proximal, áreas de mucosa congestionada cuja tradução anatomopatológica foi inflamação crónica inespecífica. Após antibioterapia com Metronidazol a fístula teve resolução e desde então sem mais intercorrências neste contexto.

Relativamente aos antecedentes familiares a mãe faleceu aos 70 anos por neoplasia gástrica e o pai foi sujeito a cirurgia por neoplasia do cólon. Tem 9 irmãos e dois filhos, saudáveis.

Effectuou antibioterapia (não especificada) alguns dias antes do início dos sintomas por abscesso dentário. Na admissão o doente apresentava-se consciente, colaborante e orientado. Corado, desidratado e anictérico. Estável do ponto de vista hemodinâmico e apirético. Sem alterações na auscultação cardio-pulmonar, sendo o abdómen mole e depressível, sem dor espontânea, mas com dor à palpação profunda no flanco direito, sem sinais de irritação peritoneal. Ruídos hidro-aéreos presentes, de timbre e frequência normais. Apresentava um *rash* cutâneo maculopapular generalizado, mais exuberante no tronco e membros.

Analicamente de salientar ausência de anemia, leucocitose e alterações na contagem plaquetária; ionograma dentro dos limites da normalidade, bem como os parâmetros relativos à função renal e às provas hepáticas. O doseamento das proteínas de fase aguda - alfa 1-antitripsina, proteína C reactiva e orosomucóide - encontrava-se elevado. A imunoelectroforese e o doseamento do complemento foram normais.

Sem alterações imagiológicas no radiografia de tórax e radiografia abdominal simples em pé.

O doente foi submetido a ileocolonoscopia a qual reve-

lou a partir da transição recto-sigmoideia aspectos de desorganização do padrão vascular, congestão e friabilidade da mucosa; zonas apresentando úlceras planas - Figura 1 - e zonas de mucosa poupada, nomeadamente a nível do recto e cólon ascendente; íleon terminal sem lesões.

Foram efectuadas biopsias seriadas cujo resultado anatomopatológico demonstrou aspectos de colite inespecífica, traduzidos por edema e congestão da mucosa e infiltrado da lâmina própria por células polimorfonucleares. O *rash* cutâneo apresentado pelo doente levantou a questão sobre a possibilidade de estarmos perante um quadro de vasculite com repercussão intestinal, e neste contexto o doente realizou biopsia cutânea, a qual revelou a presença de discreto infiltrado de células mononucleadas no endotélio cujo estudo por imunofluorescência demonstrou depósitos de IgG na parede dos vasos sem vasculite associada.

No exame das fezes a pesquisa de leucócitos fecais e toxina de *Clostridium difficile* foi negativa. As coproculturas permitiram o isolamento de *Salmonella spp* grupo B. O exame parasitológico foi negativo.

O doente iniciou antibioterapia com Doxiciclina e ao 2º dia apresentava melhoria clínica global, encontrando-se assintomático, apirético, com resolução completa da diarreia, sem perdas hemáticas e com melhoria progressiva do *rash* cutâneo, motivo pelo qual foi suspensa ao 3º dia. Teve alta hospitalar ao 6º dia referenciado para acompanhamento na consulta externa.

Sem recidiva clínica. A ileocolonosopia realizada às 6 semanas foi normal.

DISCUSSÃO

O caso clínico descrito refere-se a uma infecção entérica



Figura 1 - Úlcera no cólon esquerdo.

com envolvimento sistémico causada por *Salmonella*.

Os aspectos semiológicos na data de admissão hospitalar, permitiram a presunção clínica de um quadro infeccioso com ponto de partida intestinal, consubstanciada pela presença concomitante de febre e diarreia aguda. O *rash* cutâneo reforçou este raciocínio. No entanto a presença de sangue nas fezes, bem como a existência de antecedentes pessoais e familiares apresentados pelo doente colocaram a necessidade de um estudo mais aprofundado para se excluírem outros possíveis diagnósticos.

Neste caso a ileocolonosopia, de indicação discutível nos casos de diarreia aguda, apresenta argumentos a seu favor: a presença de diarreia com evidência de envolvimento sistémico e a história progressiva de fístula perianal complexa e recidivante sugerindo a possibilidade de estarmos em presença de Doença Intestinal Inflamatória (DII), nomeadamente Doença de Crohn; também esta poderia manifestar-se pela diarreia sanguinolenta, independentemente da presença de febre; de referir ainda, embora numa linha secundária de argumentação, a existência de antecedentes familiares de neoplasia do cólon.

Com uma clínica fortemente sugestiva de uma etiologia infecciosa, os achados endoscópicos e histológicos não permitiram clarificar a possibilidade de DII subjacente. Os exames laboratoriais iniciais não foram conclusivos, demonstrando apenas estarmos em presença de um quadro inflamatório.

No entanto, o isolamento de agente nas coproculturas e a evolução clínica subsequente confirmaram o diagnóstico: infecção entérica por *Salmonella*.

A reavaliação endoscópica afasta-nos, neste contexto, a possibilidade de DII subjacente.

É questionável o papel da antibioterapia, aliás de curta duração, no que se refere à evolução clínica verificada, uma vez que a melhoria se registou logo ao 2º dia de terapêutica. Pode-se, todavia, aceitar a decisão acerca da sua introdução na terapêutica se atendermos ao facto de estarmos perante um quadro infeccioso, com envolvimento sistémico e com critérios de gravidade na sua apresentação.

Perante este quadro clínico, a dificuldade diagnóstica relaciona-se com dois aspectos fundamentais: trata-se de uma doença sistémica com envolvimento intestinal (?); ou inversamente, trata-se de uma patologia primariamente intestinal com repercussão sistémica, e nesse caso que entidade se apresenta com as características atrás descritas, tendo em conta a sua forma de apresentação e os antecedentes conhecidos do doente.

O caso presente, não obstante tratar-se de uma diarreia aguda, em função das suas características e do seu contexto clínico, congregava indicações para uma investi-

gação mais profunda, não só pelo carácter sistémico de apresentação, com dois critérios de gravidade (desidratação e febre), bem como pela necessidade de se obter o diagnóstico correcto para subsequente abordagem terapêutica e prognóstica, sabendo que muitos quadros clínicos apresentam sobreposição de características podendo mesmo alguns deles coexistir

A diarreia aguda infecciosa é uma patologia muito frequente e o seu carácter inflamatório ou não-inflamatório é sugerido por aspectos clínicos, para além de diferirem os agentes infecciosos envolvidos em cada uma daquelas entidades. O envolvimento sistémico é a favor de diarreia inflamatória. Neste caso recomenda-se a realização de colonoscopia, existindo outros critérios que justificam a sua realização, nomeadamente antecedentes (pessoais e familiares) ou suspeita de etiologias específicas. O exame endoscópico para além de permitir a visualização do cólon, apresenta adicionalmente a vantagem de se poderem efectuar biopsias para estudo anatomopatológico e cultural.

Os exames laboratoriais podem apenas reflectir a presença de quadro inflamatório inespecífico, mas o estudo das fezes e, particularmente as coproculturas podem representar uma mais-valia no sentido de confirmar etiologia infecciosa para a diarreia aguda.

A forma de apresentação do quadro clínico, nomeadamente a presença ou ausência de critérios de gravidade, condicionam as atitudes diagnóstica e terapêutica subsequentes.

Correspondência:

Francisco José de Sousa Marques Açucena
Serviço de Gastrenterologia do Hospital Distrital de Faro
Rua Leão Penedo 8000 - Faro
Tel: 289 891 100 / 936 265 467
Fax: 289891211 (ext: Gastrenterologia)

BIBLIOGRAFIA

1. Freitas, Diniz. Doenças do Aparelho Digestivo Coimbra; Publicação AstraZeneca; 2002; p. 289 - 291.
2. Tarr PI. Approach to the patient with acute bloody diarrhea In: Surawicz C, Owen RL (Ed.) Gastrointestinal and Hepatic Infections W.B. Saunders Co. 1995:121-52.
3. Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management Edited by Mark Feldman, Lawrence S. Friedman, Marvin H. Sleisenger; 7 th Edition; 2002; 131.
4. DuPont HL. Guidelines on acute infectious diarrhea in adults. Am. Journal Gastroenterology 1997; 92: 1962.
5. Friedman, Scott L. et al. Current Diagnosis & Treatment in Gastroenterology Lange Medical Books/McGraw-Hill; Second Edition - International Edition; 2003; p.131-32.
6. Goodman L, Segreti J. Infectious diarrhea. Dis Mon 1999; 45: 265.
7. Schiller LR. Diarrhea. Med Clin North Am 2000; 84:1259.
8. Sarmento JA, Macedo G, Mascarenhas Saraiva M et al..Etiologia de diarreias agudas. Revista de Gastrenterologia 1991; VIII: 29-38.
9. Naveau, Sylvie et al. Hépatogastroenterologie connaissances et pratique. Paris; Masson; 2003; 266-67.