

Megacólon tóxico secundário a colite pseudomembranosa em paciente com infecção sistêmica – Relato de Caso.

Fernanda Aires Lucena - LUCENA, F.A. ; Andressa Batista Viana – VIANA, A.B ; Stefany Scarleth Zapata Gutierrez- GUTIERREZ, S.S.Z ; Romulo Amorim de Oliveira – OLIVEIRA, R.A ; Fernanda Boarin Pace – PACE, F.B ; Vitor Bergamaschi Fonseca – FONSECA, V.B. Cibelle Marion Bertolli - BERTOLLI, C.M.

Hospital de Clínicas Dr Radamés Nardini – Mauá SP

INTRODUÇÃO

A *Clostridium Difficile* (CD) é uma bactéria anaeróbia produtora de toxina que coloniza o trato intestinal após alteração de sua flora normal causando uma infecção grave. A manifestação de colite pseudomembranosa varia de diarreia aquosa a megacólon tóxico sendo frequentemente associada ao uso de antibióticos, idade avançada e hospitalização^{1 2}. O diagnóstico pode ser realizado com a pesquisa das toxinas A e B em ensaio imunoenzimático, PCR e coprocultura⁴. O tratamento para infecção leve a moderada consiste em terapia com metronidazol e vancomicina para tratar os casos graves ou complicados¹. A colite é uma enfermidade rara que deve ser suspeitada em qualquer paciente que apresente diarreia por 72 horas ou mais em hospitalização concomitante ou não ao uso de antibioticoterapia.

APRESENTAÇÃO DO CASO

C.R.P, 61 anos, masculino, natural e procedente de Mauá-SP, negro, admitido no setor de emergência com diagnóstico de insuficiência renal crônica agudizada em urgência dialítica. Foi iniciado terapia de substituição renal e seguimento clínico. Evoluiu com infecção sistêmica, diagnosticada em hemocultura positiva para *Staphylococcus aureus*, sendo prescrito antibioticoterapia com Piperacilina-Tazobactam e Vancomicina. Porém evoluiu sem melhora havendo necessidade de introdução de Meropenem. Após 20 dias de antibioticoterapia paciente evoluiu com dor abdominal difusa tipo cólica e episódios de fezes líquidas. Foi solicitada avaliação da equipe de cirurgia geral, identificado ao exame físico abdome extremamente distendido e timpânico. Aos exames laboratoriais havia presença de leucocitose (leucócitos = 38.970/mm³) progressivamente ascendente com desvio para esquerda (Bastonetes = 10%). Realizada tomografia computadorizada de abdome e pelve com laudo de “Acentuada distensão difusa de alças cólicas e delgadas, com espessamento parietal, sem caracterização de evidentes fatores obstrutivos mecânicos ao método. Associa-se pequena ascite.” Devido ao quadro clínico e evolução do paciente foi indicado laparotomia exploradora. Durante o procedimento cirúrgico foi observado distensão global de alças de delgado e cólon, sem ponto de obstrução ou perfuração. Paciente apresentava-se instável hemodinamicamente no intra-operatório, foi optado por realizar apenas esvaziamento das alças com saída de fezes e gases seguida de colostomia em cólon ascendente. Durante a confecção da colostomia foi visualizado (Figura 1) espessa camada de fibrina (pseudomembranas) entremeada por mucosa de aspecto normal. O paciente foi encaminhado para UTI mantendo-se em estado grave, choque séptico com uso de drogas vasoativas e piora laboratorial, evoluindo para óbito após o primeiro dia de pós-operatório. Foi enviado material para pesquisa de toxinas A e B de *Clostridium Difficile* com resultado positivo tardio.



Figura 1- Colostomia demonstrando camada de fibrina entremeada por mucosa de aspecto normal.

DISCUSSÃO

A exposição a antibióticos de amplo espectro, como penicilinas, cefalosporinas e clindamicina, é o fator de risco mais comum para o desenvolvimento desta patologia². O paciente em questão utilizou outras classes de antibióticos (glicopeptídeos e carbapenêmicos) que também podem estar associadas a evolução do quadro. A colite fulminante pode ser caracterizada pela presença do megacólon e a apresentação diarreica pode ser menos incidente devido ao acúmulo de secreções pelo cólon disfuncional¹. Pacientes com doença renal crônica ou em estágio terminal têm um risco aproximadamente 2 a 2,5 vezes maior de infecção por CD, além de um risco 1,5 vezes maior de doença grave⁵. Estes fatores foram notados na apresentação da doença em nosso paciente, bem como quadro de toxemia importante associado a dor abdominal que levou a abordagem cirúrgica. Nestes casos a colectomia total está indicada, entretanto no caso descrito esta foi impossibilitada pela instabilidade hemodinâmica do paciente, além de não ter sido obtido diagnóstico definitivo durante o ato cirúrgico. O desfecho do caso corrobora com os dados da literatura que demonstram elevada mortalidade da colite pseudomembranosa quando associada ao megacólon tóxico 24 – 38%^{2,6}.

COMENTÁRIOS FINAIS

A infecção por CD é uma importante complicação associada aos cuidados em saúde, estando intimamente relacionada ao uso indiscriminado de qualquer tipo de antibióticos. Neste contexto, o megacólon por CD, deve ser considerado em pacientes com história clínica e fatores de risco compatíveis com um quadro de dor abdominal simulando abdome agudo cirúrgico, devido a elevada morbimortalidade associada.

REFERÊNCIAS

- 1) McDonald LC, Gerding DN, Johnson S, et al. Clinical Practice Guidelines for Clostridium difficile Infection in Adults and Children: 2017 Update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). Clin Infect Dis 2018;.
- 2) Poutanen, Susan M, and Andrew E Simor. “Clostridium difficile-associated diarrhea in adults.” CMAJ : Canadian Medical Association.2004.
- 3) Bagdasarian N, Rao K, Malani PN. Diagnosis and Treatment of Clostridium difficile in Adults: A Systematic Review. JAMA 2015.
- 4) Swindells J, et al. Evaluation of diagnostic tests for Clostridium difficile infection. J Clin Microbiol 2010; 48: 606.
- 5) Thongprayoon C et al Chronic Kidney Disease and End Stage Renal Disease are Risk Factors for Poor Outcomes of Clostridium Difficile Infection: A Systematic Review and Meta-analysis. Int J Clin Pract 2015; 69 : 998–1006.
- 6) SILVA JÚNIOR, Moacyr. Recent changes in Clostridium difficile infection. Einstein (Sao Paulo), v. 10, n. 1, p. 105-109, 2012.