

Caso Clínico

Nelson Gonçalves Pereira¹José Galvão Alves²

ID: MCC, feminina, branca, 53 anos, casada, advogada.

QP: diarreia intensa

HDA: Há 16 dias com diarreia aquosa, com 5-10 evacuações/dia acompanhada de cólicas abdominais difusa, anorexia, cansaço e fraqueza. Emagrecimento de 2kg.

Nega febre, enterorragia e episódios prévios semelhantes.

HPP: Infecções urinárias recorrentes (2 a 3 por ano) com uso de norfloxacina e amoxicilina com ácido clavulânico, respectivamente no último ano, sendo o último curso terapêutico há cerca de 2 meses com amoxicilina + ácido clavulânico. Viroses comuns da infância.

Antecedentes Pessoais

Fisiológicos

- Menarca 12 anos
- Menopausa: 51 anos
- Gesta 1 para 1. Parto normal há 25 anos.

Familiares

- Pais vivos e saudáveis

Hábitos de vida:

- Saudáveis. Boa alimentação e moradia adequada. • Exercícios 3-4 vezes por semana.
- Nega etilismo e/ou tabagismo

Avaliação clínica

Lúcida, orientada no tempo e espaço.

Desidratada +++/+++, anictérica, acianótica. Temperatura axilar: 36.5C ACV. Ritmo cardíaco regular em 2t, BNF, FC: 98bpm, PA:95/60mmhg

Ap. respiratório: Eupnéico, Fr: 16 irpm

Expansibilidade pulmonar normal

Som claro pulmonar em ambos hemitórax

Fremito tóraco-vocal (FTV) – normal em ambos hemitórax

MV audível difusa sem ruídos adventícios

Abdome: discreta distensão abdominal, hipertimpanismo difuso, peristalse exacerbada universalmente e palpação normal, sem sinais de irritação peritoneal ou visceromegalia.

Membros inferiores: sem alterações, pulsos normais e reflexos tendinosos preservados.

¹ Prof. Dr. Responsável pelo ensino da Infectologia na Escola de Medicina Souza Marques. ² Prof. Dr. Titular de clínica Médica Escola de Medicina Souza Marques; Membro da Academia Nacional de Medicina.

Discussão

Trata-se de uma mulher pós-menopausa, sem comorbidades, com diarreia aguda prolongada (> 15 dias e < 30 dias) sem sangue e sem muco. Afebril. Um pouco desidratada, sem sinais de irritação peritoneal e sem outros sinais de gravidade.

A causa mais comum de diarreia aguda em nosso meio e no mundo deve-se a infecções gastrointestinais (vírus, bactérias e protozoários) sendo os vírus e as bactérias em sua maioria autolimitadas (3-5 dias) e benignas. Tornam-se mais graves nos extremos da vida (infância e idosos) onde desidratação e sepse intestinal podem ser fatais.

No presente caso o uso prévio de antimicrobianos nos últimos 2 meses aumentou o risco de diarreia associada a antibióticos, em especial a infecção oportunista pelo *Clostridium difficile*. As formas leves e moderadas da diarreia pelo *C. difficile* se confundem clinicamente com as diarreias infecciosas comuns, sendo recomendável a sua investigação quando há história de uso de antimicrobianos recente. Habitualmente o *C. difficile* predomina em enfermos hospitalizados, em uso de antibióticos e com inúmeras doenças associadas. Na atualidade, os casos de *C. difficile* que ocorrem na comunidade, vêm aumentando e já constituem cerca de 20 % do total. A maioria destes pacientes não apresentam comorbidades aparentes, como era a doente em questão. Desta forma impõe-se então a pesquisa, em exame de fezes, desta bactéria preferencialmente através da identificação por método imunológico de suas toxinas A e B ou através de testes baseados em biologia molecular, que detectam tanto a presença do DNA do microorganismo, como as mutações responsáveis pela produção de toxinas

No presente caso conforme exame em anexo (Quadro 1, 2, 3) utilizou-se detecção por biologia molecular sendo positiva *C. difficile* – toxina DNA B.

Confirmado a presença do *Clostridium difficile* optou-se pelo uso de metronidazol via oral (500mg de 8/8 horas) por 10 dias, em vista de ser a medicação de escolha para um caso leve a moderado. Houve adequada resposta terapêutica ou seja no 3º dia de uso já estava normalizado seu hábito evacuatório com fezes moldadas.

Conclusão: diarreia associada ao uso de antibióticos, causada pelo *Clostridium difficile*, em paciente da comunidade, previamente saudável, comprovada pelo PCR, de leve a moderada gravidade, com ótima resposta ao metronidazol, respondendo em 3 dias e evoluindo sem recorrências

Quadro 1

Dt. atendimento: 18/02/2016 07:30		Impresso em: 19/02/2016 09:52	
Liberado em: 18/02/2016		Página: 2 de 10	
HEMOGRAMA:			
ERITROGRAMA			
Coleta: 18/02/2016		Material: Sangue total EDTA	
Método: Automatizado Sysmex, Roche			
		Valores de Referência	
Hematias :	4,93 M/µl	3,9 a 5,3 M/µl	
Hemoglobina :	14,1 g/dL	12,0 a 16,0 g/dL	
Hematócrito :	42,7 %	36,0 a 48,0 %	
VGM :	86,6 fl	80 a 100 fl	
HGM :	28,6 pg	27,0 a 33,0 pg	
CHCM :	33,0 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL	
RDW :	13,4 %	11,0 a 14,5	
Observações: Normocitose, Normocromia			
Resultados Anteriores: Hematócrito: 39,9 21/01/2016			
LEUCOGRAMA:			
Coleta: 18/02/2016		Material: Sangue total EDTA	
Método: Automatizado Sysmex			
		Valores de Referência	
Leucócitos totais: 5.910/µl		3.600 a 11.000/µl	
Basófilos :	0 %	0 /µl	0 a 2 % 0 a 200/µl
Eosinófilos :	1 %	59 /µl	1 a 5 % 20 a 500/µl
Promielócitos :	0 %	0 /µl	0 %
Mielócitos :	0 %	0 /µl	0 %
Metamielócitos :	0 %	0 /µl	0%
Bastões :	1 %	59 /µl	0 a 5 % 0 a 410/µl
Segmentados :	57 %	3.369 /µl	40 a 78 % 1.700 a 8.200/µl
Linfócitos :	32 %	1.891 /µl	20 a 50 % 1.000 a 4.500/µl
Monócitos :	9 %	532 /µl	2 a 10 % 100 a 1.000/µl
Leucoblastos :	0 %	0 /µl	0 %
Resultados Anteriores: Leucócitos: 5.810 21/01/2016			
PLAQUETOMETRIA:			
Coleta: 18/02/2016		Material: Sangue total EDTA	
Método: Automatizado Sysmex			
		Valores de Referência	
Plaquetas:	349.000/µl	140.000 a 400.000 /µl	
MPV: 10,8 fl	9,0 a 12,7 fl		
Resultados Anteriores: Plaquetas: 371.000 21/01/2016			

Quadro 2

Dt. atendimento: 18/02/2016 07:30		Impresso em: 19/02/2016 09:52	
Liberado em: 18/02/2016		Página: 1 de 10	
ELEMENTOS ANORMAIS NAS FEZES:			
Coleta: 18/02/2016		Material: Fezes	
pH.....	6,0		
Muco.....	Não detectada.		
Pesquisa de Leucócitos.....	Não detectada.		
Substancias reductoras.....	Não detectada.		
Pesquisa de Hemacias.....	Não detectada.		
Pesquisa de sangue oculto.....	Não detectada.		
Pesquisa de eosinófilos.....	Não detectada.		

Quadro 3

Dt. atendimento: 18/02/2016 07:30
Liberado em: 18/02/2016

CRI: 5271730
Impresso em: 18/02/2016 09:52
Página: 9 de 10

CLOSTRIDIUM DIFFICILE, DETECÇÃO MOLECULAR:

Coleta: 18/02/2016 Material: Fezes
Método: P.C.R. em tempo real, Xpert C Difficile, Cepheid

C.DIFFICILE PRODUTOR DE TOXINA DNA B PCR(tcdB):DETECTADO.

C.DIFFICILE PRODUTOR DE TOXINA BINÁRIA(cdt)/RIBOTIPO 027(tcdC): Não detectado.

Valores de Referência:
Não detectado. Limite de detecção: 1657 UFC/swab

PESQUISA DE HEMOGLOBINA HUMANA NAS FEZES (SANGUE OCULTO): Não detectado.

Coleta: 18/02/2016 Material: Fezes
Método: Imunocromatográfico c/anticorpos monoclonais contra hemoglobina humana
Valores de Referência:
Não detectado

Obs:1)Algumas drogas antiinflamatórias podem causar sangramento intestinal, tais como: aspirina e outros analgésicos, indometacina, fenilbutazona, corticosteróide, reserpina, butazolidina, premorin e persantin.
2)Para maior sensibilidade do teste, recomenda-se a colheita de amostras de pelo menos 3 movimentos intestinais consecutivos.

ENTAMOEA HISTOLYTICA ANTIGENO, PESQUISA: Não detectado

Coleta: 18/02/2016 Material: Fezes
Método: Imunocromatografia
Valores de Referência: Não detectado