

Caso Clínico – Cólera

Pâmela Augusto de Almeida Vaz¹

Rafael Pitanguy Chamma²

Profa. Ms. Maria de Fátima Malizia Alves³

Identificação: J.P.M, 42 anos, sexo masculino, solteiro, biólogo, natural dos Estados Unidos.

Queixa Principal: “Mal estar, sem apetite, dor abdominal e diarreia aquosa com cheiro forte de peixe”.

História da Doença Atual(HDA): Há dois dias o paciente relata fraqueza muscular progressiva e náusea. Nesse tempo, alega ter vomitado 2 vezes e ter tido diarreia aquosa protusa. Na manhã de hoje estava com hipotensão postural. Paciente refere ter realizado uma expedição no início da semana para uma região da Amazônia.

Exame Físico: LOTE, REG, desidratado(2+/4+), hipocorado(1+/4+), acianótico, anictérico, dispneico em ar ambiente.

ACV: RCR2T, BNF, sem sopros, PA= 110X90mmHg, FC= 110bpm, FR= 21irpm.

AR: MVUA sem RA.

Abdome: atípico, peristáltico, timpânico, indolor a palpação, sem visceromegalias.

Exames Complementares: exame de fezes positivo(+) para *Vibrio cholerae*.

Comentários

O paciente em questão entrou em contato com o *Vibrio cholerae*, provavelmente, pela ingestão de alimento/água contaminada visto que durante a sua viagem não havia nenhum equipamento para tratar a água. O clima de área tropical na Amazônia favorece a reprodução da bactéria que ao entrar em contato com o intestino do biólogo liberou entorotoxinas cuja ação ocorre no sistema da adenililciclase provocando um quadro de diarreia aquosa o que justifica ele ter se queixado de quadros diarreicos por dois dias. Além disso, a diarreia característica do quadro de cólera tem aparência de água de arroz e um odor de peixe podre como o próprio paciente descreveu.

Os sintomas variam de acordo com a quantidade de toxina liberada pelo vibrião e os sintomas podem variar de acordo com a concentração do volume circulante. Quando a perda de água excede 1000mL/h ocorre uma redução do volume de sangue circulante resultando em hipotensão que consequentemente é contrabalanceada pelo aumento da frequência cardíaca e respiratória como ocorreu com o caso clínico descrito. Por conta do distúrbio hidroeletrólítico, dispneia, prostração e mal estar são sintomas geralmente presentes. Todavia, esses sintomas podem se agravar evoluindo para um choque hipovolêmico, arritmias cardíacas e insuficiência renal por necrose tubular aguda.

Normalmente, o diagnóstico para o quadro é feito de forma clínica-epidemiológica mas se for necessário a realização de algum exame como em investigações de surtos epidêmicos ou pacientes imunodeprimidos, o padrão ouro é o método de cultura seguido de testes bioquímicos. O tratamento para a maioria das fezes infecciosas requer apenas reposição hidroeletrólítica que pode ser realizada por meio do preparo de solução de reidratação oral, soro fisiológico ou até lactato de ringer nos casos mais graves.

¹ Aluna do 3º ano do curso de Medicina da EMSM.

² Aluno do 3º ano do curso de Medicina da EMSM.

³ Professora da disciplina Iniciação à Prática Médica I na EMSM. Mestre em Bioquímica.