

ASPECTOS CLÍNICOS, RADIOLÓGICOS E ENDOSCÓPICOS DA COLITE PSEUDOMEMBRANOSA

**HECTOR BAISTROCCHI, JULIO BAISTROCCHI, REMO
COPELLO, ROBERTO COPELLO, RAMON GARZÓN,
JULIO CARRI e MARIA IRIZAR DE AZCURRA.**

Córdoba, Argentina

INTRODUÇÃO

A colite pseudomembranosa (CPM) é uma entidade clínica patológica, recentemente reconhecida, cuja etiologia é devida à complicação de terapia antibiótica.

Esta doença geralmente apresenta-se simulando uma colite inespecífica, não complicada, de evolução moderada, ou pode se apresentar de forma fulminante, resultando na morte do paciente.

Numerosos antibióticos de amplo espectro, — mais comumente a lincomicina e a clindamicina, tendo sido observados casos atribuídos à tetraciclina, clorafenicol, ampicilina e eritromicina — estão comprometidos na origem dessa patologia.

F. Tedesco, em um excelente trabalho prospectivo sobre 200 casos que apresentaram diarreia durante o tratamento à base de clindamicina, demonstra pelo exame retossigmoidoscópico que 10% dos mesmos apresentavam evidências clínico-patológicas de CPM, documentadas mediante o estudo sistemático radiológico-endoscópico.

É provável que sua frequência seja maior, porém, dadas as características evolutivas — imagens endoscópicas que desaparecem no 2.º ou 3.º dia — dificultam o diagnóstico.

O objetivo do nosso trabalho é descrever a evolução clínica, endoscópica e radiológica em três pacientes nos quais a CPM se desenvolveu durante o tratamento com ampicilina e lincomicina.

O reconhecimento imediato da doença, confirmada por meio da endoscopia, a suspensão imediata do antibiótico e uma terapêutica clínica agressiva reduziram significativamente a morbidade e mortalidade dessa doença.

DESCRIÇÃO DOS CASOS

CASO N.º 1

Paciente de 60 anos, internado por diarreia com mais de 72 horas de evolução. Antecedentes de cirurgia vascular há 18

dias, recebendo medicação antibiótica. Gentamicina 80 mg c/12 hs., Lincomicina 30 mg. c/12 hs., ampicilina 500 mg c/6 hs., durante 8 dias. Em seguida, cefalosporina 500 mg c/6 hs., por cinco dias, trimetoprima e sulfametoxazol até o momento da internação.

No Departamento de Gastroenterologia o paciente foi examinado, realizando-se uma endoscopia rígida que revelou mucosa retal hiperêmica, recoberta por muco abundante e pús de aspecto exudado esponjoso. Foram retiradas amostras de biópsia, que a microscopia descreve como uma superfície mucosa coberta de exudato mucofibrinoso e leucocitário, com muitas glândulas dilatadas. Há excesso de células inflamatórias na lâmina própria.

Diagnóstico: Colite Pseudomembranosa

Evolução do Paciente: Favorável.

CASO N.º 2

Paciente de 58 anos, sexo feminino, internado urgentemente com diagnóstico de desintéria, presumivelmente bacilar. Há duas semanas fora diagnosticada flebite do membro inferior, tendo sido feito o tratamento médico habitual. Durante 7 dias consecutivos recebe ampicilina 1 gr, e dicloxacilina 500 mg por dia. A partir do 2.º dia de terapia antibiótica inicia-se um episódio de diarréia que continua até o momento da internação sem melhora, caracterizada pela ocorrência de 8-12 evacuações aquosas, escassas e fétidas, com abundante mucosidade, às vezes com estrias de sangue e de cor amarelo-ouro, associadas a febre (temp. 37-39°C) e dor abdominal difusa.

Ao ser internada, o exame físico revela estado tóxico, desidratação, temperatura de 38,5° C.T.A. 140/90 e pulso 95 por minuto.

O exame do abdomen revela distensão moderada, fígado palpável e cinco centímetros abaixo da arcada costal em inspiração profunda, defesa generalizada e dor à descompressão e percussão, especialmente no abdomen inferior. O exame retal permite verificar a existência de hemorróidas internas. A ampola retal encontra-se vazia.

Os exames de laboratório, na admissão da paciente, foram os seguintes:

G.V. :	4.1000.000	G.B. :	84% N
			1% Eo
			10% L
			1% M

Hemossedimentação: 1a. hora 60mm
pH 7.41 PCO₂ 43 CO₂ 27.5
Na 137 C 1 95 K 3.15

O exame da matéria fecal é negativo para salmonelas e shiguela e existem cistos de *E. coli*.

O tratamento após a internação consistiu de hidratação parenteral, heparina e antibióticos (gentamina 160 mg. por dia e penicilina 8 milhões por dia).

A paciente não apresenta melhora, é pedido o clister opaco, o qual apresenta imagens compatíveis com polipose múltipla. Consultado o Departamento de Gastroenterologia, resolve-se realizar uma fibrocolonoscopia.

Descrição das imagens endoscópicas:

A mucosa do reto e do sigma apresenta-se hiperêmica, com abundante muco serofibrinoso. Até os 60 cm. aproximadamente, visualizam-se numerosas placas esponjosas, separadas entre si por pontos mucosos cogestivos. A partir dessa distância, o colo descendente não apresenta maiores alterações. São feitas biópsias múltiplas dirigidas.

Os antecedentes da paciente e os resultados dos exames radiológicos e fibroscópicos permitiram estabelecer como alternativa de diagnóstico a possibilidade de uma colite pseudomembranosa.

Suspende-se a terapia antibiótica, mantendo-se a hidratação por via parenteral, com administração de líquidos claros por via oral e tratamento sintomático. Verifica-se uma melhora significativa, quase imediatamente. Ao fim de 24 horas, a paciente apresenta 5 evacuações líquidas, e durante o segundo dia a temperatura se normaliza. A contagem de glóbulos brancos baixa para 12.000 com 72% N, a dor abdominal desaparece e tem apenas três evacuações semipastosas. A evolução posterior é satisfatória e é efetuada uma retosigmoidoscopia, 15 dias depois, com resultado negativo.

Os exames anatomo-patológicos confirmam a suspeita.

CASO 3

Paciente com 65 anos, que se interna por diarreia de até 10 evacuações diárias, fétidas, dor difusa no abdomen inferior.

Antecedente de faringite e repetição, recebendo medicação antibiótica (ampicilina e lincomicina). Além disso, o paciente, por conta própria tomava uma quantidade de aproximada-

mente 500 mg de ampicilina a cada 6 horas, 300 mg de lincomicina a cada 12 horas.

Os exames de laboratório, na ocasião do internamento do paciente apresentaram o seguinte resultado: G.V. 4.283.000. G.B.: 6.500. IK 13. Uréia: 0.88. Glicemia: 84. R. de Widal: Negativa.

O quadro é interpretado como uma simples desinteria bacilar; indica-se clorafenicol, 1 g, por dia, poperamida e hidratação parental.

Ao fim de sete dias, o paciente não apresenta melhora, continua com diarréia, dor abdominal e ligeira distensão. Os exames feitos nessa ocasião tiveram os resultados seguintes: G.V.: 4.320.000. G.B.: 8.900. I.K.: 62. Uréia: 134 — Glicemia: 1,92. Creatinina: 18,0 mg. Na: + 130,2. K: + 3.85 mg/1.

É feita consulta com o departamento de proctologia.

Solicita-se colonoscopia, que demonstra mucosa do reto e do sigma francamente hiperêmica, com abundante muco serofibrinoso. Numerosas placas esponjosas de cor amarelada, rodeadas por mucosa hiperêmica. Placas negro-acinzentadas cobertas de fibrina. Estas imagens, até os 90 cm. Acima dessa medida o colo esquerdo e o ângulo esplênico mostram mucosa edematosa e hiperêmica sem placas de fibrina e sem exudato.

São tiradas amostras de biópsias de toda a área examinada, para o exame anatomo-patológico.

Exame Anatomo-patológico

Os fragmentos correspondem à mucosa colônica com importante infiltrado inflamatório por neutrófilos polimorfonucleares, que ocupam a lâmina própria com vasos sanguíneos congestivos e difusões hemorrágicas no interior de algumas glândulas. Um denso manto de fibrina e exudato agudo, tendo no seu interior hemátias e lagos de muco, recobre a superfície ulcerada.

Diagnóstico: Enterocolite Pseudomembranosa.

Suspende-se toda a terapia antibiótica, continuando-se apenas com loperamida e hidratação parenteral, porém, o paciente já tinha feito megacolo tóxico, do qual não se recuperou, falecendo no 15.º dia da internação.

G.V. : 4.220.00 G.B. : 13.600 I.K. : 53,5.

DISCUSSÃO

Os antibióticos responsáveis, por ordem de freqüência, são os seguintes: Lincomicina — Clindamicina — Ampicilina — Tetraciclina — Clorafenicol — Eritromicina.

A identificação da doença nos primeiros estágios e o diagnóstico preciso têm contribuído para o significativo aumento de novos casos apresentados na literatura médica mundial, nos últimos três anos.

A doença manifesta-se em pacientes que recebem antibióticos, quer por via oral e/ou parenteral, sendo portanto uma entidade iatrogênica por drogas, não independente da dosagem.

A forma habitual de apresentação pode ser resumida pelos seguintes dados estatísticos. Período de latência: 3 a 14 dias. Sintomas associados: dor abdominal — febre — diarréia — presença de sangue ou muco nas fezes — desequilíbrio eletrolítico e sepsis.

Os resultados dos exames anatomo-patológicos são os seguintes: inflamação superficial da lâmina própria e ocasionalmente da submucosa colônica. As células apresentam-se distendidas por retenção de muco.

Em alguns casos, a sintomatologia é tão grave que sugere a necessidade de intervenção cirúrgica, quando não se identifica adequadamente o fato casual da doença.

Porém, a distinção clássica é fornecida pela placa de pseudomembrana, que sobressai no epitélio relativamente intacto. Essa placa é composta de leucócitos polimorfonucleares, linfócitos, fibrina, muco, restos epiteliais e ocasionalmente bactérias.

O procedimento diagnóstico definitivo consiste no exame endoscópico colo-retal. As lesões aparecem como placas isoladas, ligeiramente elevadas, esbranquiçadas, mais ou menos confluentes, de tamanhos diversos, alternando-se com áreas nas quais aparece a mucosa colônica, francamente hiperêmica, friável, sangrando com facilidade ao contato do aparelho.

Esta forma de colite não apresenta ulcerações; porém é importante assinalar que essas anormalidades podem passar despercebidas se o endoscopista não remover cuidadosamente a mucosidade aderente e os restos fecais que cobrem a superfície da mucosa.

As alterações sigmoidoscópicas podem persistir por um período de tempo prolongado, mesmo depois de ser interrompido o tratamento e controlada a diarréia.

Não existe nenhuma indicação radiográfica que permita

fazer um diagnóstico definitivo da CPM, porém, um conjunto de alterações reveladas por um exame com bário podem sugerir com alguma ênfase a existência desse processo. Um número significativo de casos apresentam sinais radiológicos negativos.

O tratamento consiste em medidas sintomáticas: a) anti-espasmódicos, difenoxilato e loperamida. De sustentação: b) hidratação parenteral com administração de soluções hidroeletrólíticas e sangue. Causal: c) suspensão do antibiótico que provocou a doença e administração simultânea com vancomicina.

31.º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia

Maksoud Plaza Hotel — São Paulo (SP)

6 a 9 de Setembro de 1981

Alameda Campinas 150 — São Paulo

CEP. 01404, Tel.: 241-2233

Programa Científico Prévio:

- A — 3 Mesas Redondas (Câncer colo retal, Câncer do ânus, megacólon);
- B — 6 Painéis (Doença Diverticular do cólon, Prolapso e prociência, Abscessos e fístulas ano retais, Doenças venéreas, Prevenção e Tratamento das infecções na cirurgia do intestino grosso, Nutrição enteral e parenteral; suas aplicações na cirurgia do intestino grosso); traumatismos ano-retais perineais.
- C — 9 Conferências, todas ministradas por convidados estrangeiros (Pernar intestinal, Câncer precoce do cólon, Colostomias e Ileostomias, Tratamento cirúrgico do câncer do reto, Fístulas intestinais, Alterações vasculares do intestino grosso, Terapêutica das hemorróidas, Valor da radioterapia pré e pós-operatória); Importância da nutrição no câncer colo-retal.
- D — 12 Sessões de Temas Livres;
- E — 5 Cursos (Curso pré-congresso "Técnicas básicas em Proctologia" a ser realizado no dia 6 de agosto, domingo, no período da tarde, com duração de 3 horas. O curso é destinado aos jovens especialistas; Curso paralelo "Endoscopia Digestiva", ministrado sob orientação do Dr. Jerome D. Waye (EEUU); Urologia e Ginecologia aplicadas à Colo-Proctologia; Doenças Inflamatórias do intestino grosso; Imuno e Quimioterapia).

Secretaria: DOC — Congressos, Rua Estados Unidos 336
CEP 01427, São Paulo (SP) — Tel.: 853-1071