

Enzilab *Reviews*

INFEÇÃO POR *Clostridium difficile* EM ADULTOS

Introdução

A bactéria *Clostridium difficile* é capaz de colonizar o trato digestivo do ser humano em situações em que a flora normal tenha sido alterada pelo uso de antibióticos. A consequência clínica direta é a

possibilidade de o paciente cursar com colite pseudomembranosa pelo *C. difficile*, uma das infecções mais comuns. Sua importância se deve à alta morbimortalidade, sobretudo em pacientes idosos.

Quadro clínico

A principal manifestação clínica das infecções por *C. difficile* é a diarreia aquosa. Entretanto, existe uma grande variedade de quadros clínicos associados com esta bactéria, como mostra a **Tabela 1**.

Tabela 1. Quadros clínicos associados ao *C. difficile*

Tipo	Diarreia	Outros sinais e sintomas	Sigmoidoscopia
Portador assintomático	Ausente	Ausente	Normal
Diarreia e colite associadas a <i>C. difficile</i>	Várias evacuações/dia Presença de leucócitos e sangue oculto nas fezes Hematoquezia: rara	Náusea, anorexia, febre, mal-estar, desidratação, leucocitose com desvio à esquerda, distensão abdominal	Colite difusa não específica
Colite pseudomembranosa	Diarreia mais intensa que na colite simples Presença de leucócitos e sangue oculto nas fezes Hematoquezia: rara	Náusea, anorexia, febre, mal-estar, desidratação, leucocitose com desvio à esquerda, distensão abdominal (sintomas mais severos que na colite simples)	Pseudomembranas: placas amarelas, elevadas, aderentes, com até 2 cm; 10% dos casos não têm lesão em retossigmoide sendo necessária colonoscopia
Colite fulminante	Diarreia severa ou presença de íleo paralítico com dilatação colônica	Letargia, sepse, dor abdominal, radiografia de abdome compatível com distensão de cólon, pode ter sinais de peritonite por perfuração	Sigmoidoscopia e colonoscopia contraindicadas

Algumas estimativas apontam que 20% dos pacientes hospitalizados são portadores assintomáticos de *C. difficile*. Esta taxa pode chegar a 50% em instituições de longa permanência.

Quando ocorre a colite simples, o volume de evacuações pode chegar a 15/dia, sendo que febre chega a ocorrer em 15% dos casos, sendo a leucocitose um achado mais comum. Leucocitose sem quadro clínico em pacientes hospitalizados pode ser o achado inicial da colite, precedendo em 1 a 2 dias a diarreia. É mais frequente que os sintomas se iniciem durante o uso de antibióticos ou até 10 dias após o término. Em raros casos, a manifestação pode ocorrer semanas após o término dos antibióticos, com casos se manifestando 10 semanas após. Os antibióticos mais relacionados com as manifestações clínicas causadas pelo *C. difficile* estão na **Tabela 2**.

Tabela 2. Antibióticos que podem induzir colite e diarreia por *C. difficile*

Associação frequente	<ul style="list-style-type: none"> • Fluoroquinolonas • Clindamicina • Penicilinas de amplo espectro • Cefalosporinas de amplo espectro
Associação ocasional	<ul style="list-style-type: none"> • Macrolídeos • Trimetoprim • Sulfonamidas
Associação rara	<ul style="list-style-type: none"> • Aminoglicosídeos • Tetraciclina • Cloranfenicol • Metronidazol • Vancomicina



Enzilab

Análises Clínicas
Confiança sempre

25 anos

Cachoeira do Sul
Rua Marechal Floriano, 88
(51) 3722 6090


Santa Cruz do Sul
Rua Marechal Deodoro, 189
(51)30563026

Rua Euclides Kliemann, 1030
(51) 3715 2919



www.enzilab.com.br



 www.enzilab.com.br

 www.facebook.com/EnzilabAnalisesClinicas

... Na colite pseudomembranosa, os sintomas tendem a ser mais importantes que na colite simples, e se adiciona o achado praticamente patognomônico na retossigmoidoscopia, que são as pseudomembranas (vide características mostradas na Tabela 1).

A colite fulminante é a pior apresentação possível, normalmente se manifestando como uma sepse grave, com acidose láctica e muita dor abdominal. Em alguns casos, há diminuição das evacuações à custa da evolução para íleo paralítico. Algumas complicações frequentes são o megacólon tóxico e a perfuração de alça levando a um quadro de abdome agudo. A radiografia de abdome pode mostrar dilatação de alças, níveis hidroaéreos e espessamento de parede. Há alto risco de perfuração com retossigmoidoscopia ou colonoscopia, sendo altamente recomendável que seja feita uma avaliação cirúrgica de urgência.

Em média, 10 a 25% dos pacientes tratados adequadamente terão recorrência dos sintomas. Isso se deve à recidiva da doença ou à reinfecção. A recorrência pode ocorrer dias ou semanas após o término do tratamento e é atribuída a aspectos intrínsecos de imunidade do indivíduo. Os fatores de risco para recorrência incluem idade > 65 anos, doenças graves de base e necessidade de manter a antibioticoterapia causadora durante o tratamento do *C. difficile*. Pacientes com 1 recorrência têm 45 a 65% de chance de ter novos episódios.

Diagnóstico

A suspeita clínica deve ser feita na presença de 3 ou mais evacuações por pelo menos 2 dias para pacientes com uso atual ou recente de antibióticos relacionados. Essa suspeita é mais intensa se muitas evacuações ocorrem na vigência de febre ou durante a noite, porém não se deve esquecer que uma menor parte dos casos pode evoluir com um quadro de íleo paralítico.

Quanto ao diagnóstico laboratorial o teste mais feito atualmente é o Elisa para toxinas A e B. É um teste de baixo custo e tem sensibilidade variável entre 60 e 95% e especificidade de 99%.

Quanto ao diagnóstico endoscópico, as situações mais indicadas para realizar retossigmoidoscopia ou colonoscopia são as indicadas na **Tabela 3**.

Tabela 3. Indicações de exame endoscópico nas infecções por *C. difficile*

População estudada
Alta suspeita clínica com testes laboratoriais negativos
Necessidade de diagnóstico rápido antes dos resultados laboratoriais
Falência terapêutica
Apresentação atípica incluindo situações de íleo ou de pouca diarreia

Referência:

- Zambon, LS. Infecção por Clostridium difficile em adultos. Disponível em http://assinantes.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/5259/infeccao_por_clostridium_difficile_em_adultos.htm. Acessado em 31/10/2016.



www.enzilab.com.br



www.facebook.com/EnzilabAnalisesClinicas