

# Colite pseudomembranosa simulando abdome agudo cirúrgico – relato de caso

## *Pseudo-membranosis Colitis simulating acute surgical abdomen – case report*

Priscilla Ornellas Neves<sup>1</sup>; Carolina Frade Magalhães Girardin Pimentel<sup>1</sup>; Cleber Soares Júnior<sup>2</sup>; Gustavo Andrade de Paulo<sup>3</sup>; Sandra Márcia Carvalho Ribeiro Costa<sup>4</sup>

### RESUMO

A colite pseudomembranosa é causa de diarreia associada ao uso de antibióticos, sendo provocada por reação inflamatória intestinal às toxinas do *Clostridium difficile*. Apresenta-se neste relato o caso de um paciente masculino de 76 anos que, após internações recorrentes devido a causas respiratórias, evoluiu com diarreia, febre e dor abdominal, com sinais de irritação peritoneal, simulando de abdômen agudo cirúrgico. A retossigmoidoscopia associada à biópsia foi o método que estabeleceu o diagnóstico de colite pseudomembranosa, possibilitando tratamento clínico bem-sucedido, evitando-se a intervenção cirúrgica.

**Palavras-chave:** Enterocolite Pseudomembranosa; *Clostridium Difficile*; Diarreia; Sigmoidoscopia.

<sup>1</sup> Acadêmicas de Medicina da UFJF-MG  
<sup>2</sup> Titular do CBC e do CBCD  
<sup>3</sup> UNIFESP-EPM, Hospital Albert Einstein, Hospital Monte Sinai  
<sup>4</sup> Médica Patologista – Laboratório CIDAP

### ABSTRACT

*Pseudomembranosis colitis is diarrhea cause associated to the use of antibiotics, due to intestinal inflammatory reaction to the Clostridium difficile toxins. This is the case report of a male patient, 76 years that after recurrent internments due to respiratory causes, has developed diarrhea, fever, abdominal pain, with signs of peritoneal irritation, simulating acute surgical abdomen. The rectumsigmoidoscopy associated to biopsy was the method that established the diagnosis of Pseudomembranosis colitis, making possible the successful clinical treatment, avoiding surgical intervention.*

**Key words:** Enterocolitis Pseudomembranous; *Clostridium difficile*; Diarrhea; Sigmoidoscopy.

### INTRODUÇÃO

A colite pseudomembranosa é uma doença caracterizada basicamente por febre, dor abdominal e diarreia.<sup>1</sup> Atualmente, acredita-se ser causada, quase que exclusivamente, por toxinas produzidas pelo *Clostridium difficile*.<sup>2</sup>

O fator de risco mais importante para que ocorra a colonização é a exposição a antibióticos, especialmente os de largo espectro.<sup>3</sup> Além disso, a diarreia associada ao *C. difficile* é mais comum em indivíduos hospitalizados, maiores de 60 anos, com doença de base grave e é diretamente proporcional ao tempo de hospitalização. A transmissão se faz por via fecal-oral.<sup>4</sup>

A patogênese da diarreia causada por esta bactéria inclui basicamente três eventos: a) alteração da flora colônica normal; b) colonização pelo *Clostridium difficile* toxigênico; c) crescimento da bactéria com liberação de toxinas (as mais

Hospital Monte Sinai

Endereço para correspondência:  
Rua Acre, no 40/401, bairro Mundo Novo  
Juiz de Fora, MG  
CEP: 36026-310  
E-mail: prineves@yahoo.com

conhecidas, toxinas A e B) que levam à inflamação e ao dano da mucosa intestinal.<sup>2,4</sup>

Os sintomas podem variar de diarreia leve autolimitada até colite pseudomembranosa e colite fulminante (1-3% dos casos).<sup>2,4,5</sup> A mortalidade da colite pseudomembranosa varia de 1,1% a 3,5%<sup>6</sup>, sendo bastante elevada quando associada ao megacólon (24 a 38%).<sup>1</sup>

Apresenta-se um caso em que a colite pseudomembranosa se manifestou com dor abdominal e sinais de irritação peritoneal, cujo diagnóstico foi feito pela retossigmoidoscopia.

## RELATO DO CASO

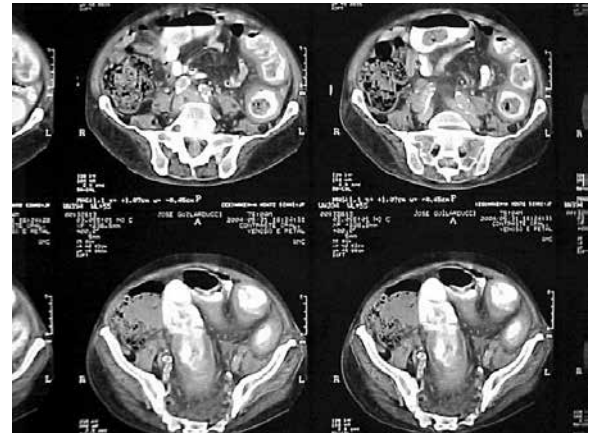
Homem, 76 anos, leucodérmico, apresentou febre, diarreia, distensão e dor abdominal difusa e inaracterística.

O paciente era portador de DPOC, com internações recorrentes e prolongadas nos cinco meses anteriores à hospitalização em questão devido a complicações respiratórias. Utilizou vários esquemas antimicrobianos e foi submetido a uma gastrostomia endoscópica.

Na admissão, estava em uso dos seguintes antibióticos: aztreonam, vancomicina e ciprofloxacino. Exames laboratoriais demonstraram, entre o primeiro e o sétimo dias de internação, importante queda do hematócrito (30,4 e 23,9%) e plaquetas (413.000 e 295.000), além de leucocitose (16.600, sem desvio à esquerda). O exame de urina revelou piócitos numerosos (piúria=65000/mL), mas a urocultura foi negativa. A pesquisa de toxina A de *Clostridium difficile*, realizada no segundo dia de internação, foi negativa.

No sétimo dia de internação houve agravamento da dor abdominal à esquerda, com descompressão brusca dolorosa. Foi então realizada tomografia computadorizada (TC) de abdome, que demonstrou imagem sugestiva de um processo isquêmico no cólon ou colite de qualquer etiologia (Figuras 1 e 2).

Devido à inespecificidade dos achados encontrados à TC, o paciente foi encaminhado para a realização de retossigmoidoscopia de urgência, apesar do risco de perfuração, já que o cólon não estava adequadamente preparado. Foram demonstradas lesões compatíveis com colite pseudomembranosa (Figuras 3 e 4).



**Figura 1** - Espessamento parietal difuso e concêntrico do hemicólon esquerdo e da ampola retal associado a borramento do meso adjacente.



**Figura 2** - Espessamento parietal difuso, edematoso e concêntrico da ampola retal com infiltração da gordura peri-retal.

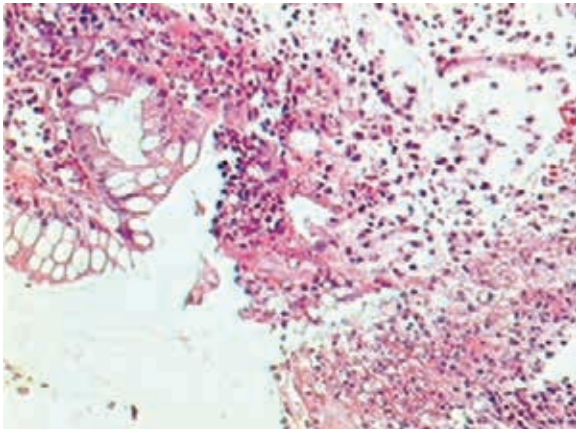


**Figura 3** - Mucosa de sigmóide com espessa camada de fibrina (pseudomembranas) entremeadada por mucosa de aspecto normal.

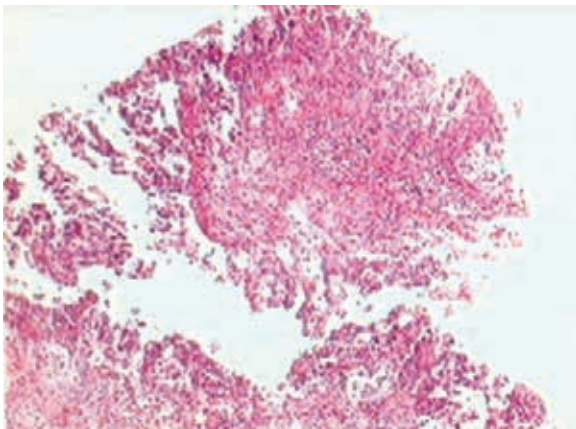


**Figura 4** - Pseudomembranas em sigmóide.

O material biopsiado durante realização da retosigmoidoscopia foi encaminhado para exame histopatológico, confirmando o diagnóstico (Figura 5 e 6).



**Figura 5** - Pseudomembrana ao lado de mucosa com infiltrado neutrofílico e eosinofílico.



**Figura 6** - Pseudomembrana.

Foi iniciado tratamento com metronidazol. Após quatro dias, o paciente se encontrava estável, com diminuição da distensão abdominal e fezes normais. Nova colonoscopia de controle foi realizada após 10 dias do início do tratamento. Este exame ainda mostrou úlceras em sigmóide e reto, com pseudomembranas, mas com melhora do quadro em relação ao exame anterior.

No momento (após 18 meses), o paciente encontra-se sem queixas gastrintestinais, tendo apresentado internações posteriores devido a complicações do quadro respiratório.

## DISCUSSÃO

A colite pseudomembranosa comumente cursa com febre (30 a 50% dos casos), dor abdominal (20 a 33%) e diarreia, que pode ser leve e autolimitada ou grave. A diarreia está associada à presença de melena (5 a 10%) e de muco (85%). Sangramento colônico oculto pode ocorrer. Leucocitose está presente em 40 a 60% dos pacientes.<sup>2</sup> No atual caso, o paciente apresentou todos esses sinais, sendo o sangramento oculto suspeitado devido à queda do hematócrito.

São diversos os fatores de risco associados à colite pseudomembranosa. Idade avançada e doença de base grave são fatores independentes. O risco de colonização é diretamente proporcional ao tempo de hospitalização, variando de 1% em pacientes com uma semana de internação a 50% entre aqueles que permaneceram por mais de quatro semanas em regime hospitalar. Cirurgia abdominal prévia e uso de sonda nasogástrica ou gastrostomia têm sido relacionados a risco mais alto de colonização.<sup>1</sup>

Praticamente qualquer antibiótico pode facilitar a infecção pelo *C. difficile*, contudo, aqueles que possuem largo espectro e que têm atividade contra bactérias da flora colônica são os mais frequentemente envolvidos. Na prática clínica, cefalosporinas e penicilinas de largo espectro são os que mais comumente desencadeiam a colite pseudomembranosa, refletindo sua ampla utilização.<sup>4,5</sup>

Os sintomas podem se desenvolver precocemente, no dia seguinte à exposição ao antibiótico, sendo mais comuns aproximadamente cinco a 10 dias após o início da administração dessa droga. Também podem ocorrer tardiamente, como 10 semanas após a interrupção da antibioticoterapia.<sup>2</sup> Devido às várias e prolongadas internações do paciente descrito e administração de diversos an-



tibióticos ao longo desse período, é difícil precisar qual (is) droga (s) teria(m) facilitado a colonização pelo *Clostridium difficile* e o tempo entre a exposição a esse agente facilitador e o aparecimento dos sinais e sintomas da colite pseudomembranosa.

Ensaio imunoenzimático é utilizado para detectar a A e/ou B. Ampla variedade desse teste está disponível atualmente. São relatadas sensibilidades que variam de 63 a 99% e especificidade de 75 a 100%. As vantagens dessa técnica incluem custo mais baixo e resultados mais rápidos. A desvantagem é sua baixa sensibilidade, podendo ser necessário repetir os testes.<sup>2</sup> No paciente em questão foi realizado ensaio imunoenzimático com pesquisa da toxina A, sendo o resultado negativo, o que postergou o correto diagnóstico e tratamento clínico. Resultados falso-negativos podem ocorrer em técnicas de ensaio imunoenzimático que detectam apenas a toxina A, caso os *C. difficile* isolados não secretem essa toxina. Knoop demonstrou que isto ocorria em aproximadamente 70% dos *C. difficile* isolados de pacientes com colite pseudomembranosa ou diarreia associada a antibiótico.<sup>2</sup>

Exames de imagem do abdome podem auxiliar o diagnóstico. A tomografia computadorizada (TC) apresenta sensibilidade de 85%, entretanto, possui baixa especificidade (48%)<sup>3</sup>, o que dificultou a exclusão de uma causa cirúrgica de abdome agudo.

Um critério padronizado para o diagnóstico da doença em questão inclui a visualização de pseudomembranas na mucosa intestinal ou o exame histopatológico de material biopsiado, o que é possível a partir da realização de sigmoidoscopia ou colonoscopia. Pseudomembranas são observadas em 14 a 25% dos casos moderados e em 87% dos pacientes com doença fulminante. Nos casos em que não são observadas, o diagnóstico deve ser confirmado pela biópsia.<sup>4</sup> Proctoscopia, com o mínimo de insuflação, pode ser um instrumento diagnóstico útil<sup>6</sup>. Johal *et al.*<sup>7</sup> demonstraram, em um estudo com 136 pacientes, que a sigmoidoscopia flexível era superior à pesquisa de citotoxina de *C. difficile* nas fezes para o diagnóstico de colite pseudomembranosa<sup>7</sup>. No presente caso, o diagnóstico foi estabelecido pela visualização de pseudomembranas durante retossigmoidoscopia, com confirmação pelo exame histopatológico. Dessa forma, a endoscopia foi determinante para a correta conduta clínica, evitando intervenção cirúrgica desnecessária.

Mais de 25% dos casos são resolvidos com a descontinuação do antibiótico. Nos casos graves ou com sintomas persistentes está indicada terapia específica contra a infecção pelo *Clostridium difficile*<sup>1</sup>. A administração de metronidazol, via oral, é o tratamento de primeira escolha nos casos de colite pseudomembranosa.<sup>1,4</sup> A vancomicina é uma droga considerada de segunda opção<sup>1,5</sup>. A frequência de intervenção cirúrgica é baixa, tendo sido relatada em 0,39 a 3,6% dos casos de colite associada ao *C. Difficile*.<sup>6</sup>

## CONCLUSÃO

A colite associada ao *Clostridium difficile* é enfermidade rara, mas que pode ser prevenida evitando-se o uso indiscriminado de antibióticos. Deve ser suspeitada em qualquer paciente que apresente diarreia 72 horas ou mais após hospitalização e/ou que tenha recebido antibioticoterapia nos últimos dois meses. A retossigmoidoscopia associada à biópsia constitui importante ferramenta, possibilitando o correto diagnóstico e condução do caso, evitando intervenções diagnósticas mais invasivas ou evolução grave, com elevada mortalidade.

## REFERÊNCIAS

1. Poutanen SM, Simor AE. *Clostridium difficile*-associated diarrhea in adults. CMAJ 2004; 171 (1):51-8.
2. Knoop FC, Owens M, Crocker IC. *Clostridium difficile*: clinical disease and diagnosis. Clin Microbiol Rev. 1993 July; 6 (3):251-65.
3. Hurley BW, Nguyen CC. The Spectrum of Pseudomembranous Enterocolitis and Antibiotic-Associated Diarrhea. Arch Intern Med. 2002; 162: 2177-84.
4. Kelly CP, Pothoulakis C, Lamont JT. *Clostridium difficile* Colitis. N Engl J Med. 1994; 330: 257-62.
5. Mylonakis E, Ryan ET, Calderwood SB. *Clostridium difficile*-Associated Diarrhea. Arch Intern Med. 2001; 161:525-33.
6. Kawamoto S, Horton Km, Fishman EK. Pseudomembranous Colitis: Spectrum of Imaging Findings with Clinical and Pathologic Correlation. Radiographics. 1999; 19:887-97.
7. Johal SS, Hammond J, Solomon K, James PD, Mahida YR. *Clostridium difficile* associated diarrhea in hospitalised patients: onset in the community and hospital and role of flexible sigmoidoscopy. Gut. 2004; 53:673-7.