

RELATO DE CASO

AVALIAÇÃO NECROSCÓPICA DE SEPSE POR ENTEROCOLITE ESPECIFICADA COM COMORBIDADES ASSOCIADAS

NECROSCOPIC EVALUATION OF SEPSE BY ENTEROCOLITE SPECIFIED WITH ASSOCIATED COMORBIDITIES

Priscila Lopes Neri¹, Heitor Costa Batista², Arthur Alves Borges de Carvalho³.

RESUMO

A sepsé é uma síndrome de causas e apresentações variadas, com elevada taxa de mortalidade em todo o mundo, que evolui a partir de uma causa básica infecciosa pré-existente podendo culminar em quadro inflamatório e infeccioso generalizado. O objetivo deste estudo foi relatar o caso de óbito natural não definido de um paciente, sexo masculino, de 76 anos, lavrador e com história pregressa de diabetes mellitus II, hipertensão arterial sistêmica (HAS), taquicardia supraventricular, diarreia persistente e febre. As morbidades pré-existentes afetaram o estado geral do paciente e corroboraram, junto aos achados necroscópicos, para um desfecho clínico-patológico desfavorável. A necropsia permitiu definir a causa do óbito como choque séptico, a causa intermediária como enterocolite infecciosa e especificar a causa básica como infecção por *Streptococcus viridans*.

Palavras-chave: Sepsé; Enterocolite; Autópsia.

 **ACESSO LIVRE**

Citação: Neri PL, Batista HC, Carvalho AAB (2017) Avaliação necroscópica de sepsé por enterocolite especificada com comorbidades associadas. Revista de Patologia do Tocantins, 4(4): 22-25.

Instituição: ¹Discente do curso de medicina e membro da Liga Acadêmica de Patologia Médica (LAPAM) do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos - ITPAC/Porto; ²Discente do curso de medicina e membro da Liga Acadêmica de Patologia Médica (LAPAM) do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos - ITPAC/Porto; ³Mestre, Médico Patologista e docente do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos - ITPAC/Porto.

Autor correspondente: Priscila Lopes Neri; priscilaneri_08@hotmail.com

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 01 de dezembro de 2017.

Direitos Autorais: © 2017 Neri et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

ABSTRACT

Sepsis is a syndrome of varied causes and presentations, with a high mortality rate throughout the world, which evolves from a pre-existing underlying infectious cause and can culminate in generalized inflammatory and infectious conditions. The objective of this study was to report the case of undiagnosed natural death of a 76-year-old male, farmer, with a previous history of diabetes mellitus II, systemic arterial hypertension (SAH), supraventricular tachycardia, persistent diarrhea and fever. Pre-existing morbidities affected the general condition of the patient and corroborated, together with the necroscopic findings, an unfavorable clinical-pathological outcome. Necropsy allowed to define the cause of death as septic shock, the intermediate cause as infectious enterocolitis and to specify the basic cause as infection with *Streptococcus viridans*.

Keywords: Sepsis; Enterocolitis; Autopsy.

INTRODUÇÃO

A principal causa de morte nas unidades de terapia intensiva (UTI) é a sepse, chegando, na maioria dos estudos, a ter mortalidade entre 20 e 80%. O choque séptico tem taxa de mortalidade muito elevada em todo o mundo e no Brasil configura com pacientes mais graves e com tempo de internação maior¹.

No entanto, a sepse não é considerada causa básica, pois ela é proveniente de outros fatores que levam a essa infecção generalizada. O paciente estudado apresentava inúmeras comorbidades que afetaram seu estado geral levando a evolução desfavorável, descrita posteriormente.

Entre estas, além da infecção intestinal que está relacionada à enterocolite, peritonite, colite isquêmica, hemorragia digestiva baixa e gastrite hemorrágica, que levou a sepse, tem-se a aterosclerose, tromboembolia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus II e sequela de AVC (acidente vascular cerebral).

A doença coronariana que ocorre com maior incidência na população adulta brasileira é a aterosclerose. A hipertensão arterial sistêmica e as dislipidemias são os fatores de risco mais importantes para o seu desenvolvimento².

A tromboembolia venosa (TEV) reúne duas condições relacionadas – a trombose venosa profunda e a tromboembolia pulmonar – sendo a primeira considerada a principal causa prevenível de óbito intra-hospitalar. A TEV também é a maior e mais frequente causa não reconhecida de morbidade e mortalidade em pacientes hospitalizados³.

O agente infeccioso *Staphylococcus aureus* é o principal agente infeccioso causador da peritonite (inflamação do peritônio). Raramente a peritonite leva ao óbito, porém é um fator contribuinte em 16% das mortes⁴.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um grave problema de saúde pública devido a sua alta incidência na população e seu difícil controle⁵. A diabetes é uma afecção em que há produção ou ação insuficiente de insulina, deflagrando numa hiperglicemia. Está classificada em tipo 1 e 2, sendo a última mais comum, principalmente em portadores de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e excesso de peso. Sua evolução é lenta e muitas vezes não apresentam sintomatologia. É diagnosticada na ocorrência de outras afecções, como a insuficiência coronariana, neuropatia e nefropatia^{6,7}.

A hemorragia digestiva baixa trata-se da ocorrência de sangramentos na porção distal do trato gastrointestinal, variando de enterorragia severa até sangramentos periódicos de pequeno volume⁸. Já a gastrite hemorrágica é caracterizada por lesão da mucosa gástrica, levando a sangramento que pode variar a intensidade de acordo com a gravidade da lesão. É uma das principais causas de hemorragia digestiva alta⁹.

A colite isquêmica é descrita por como uma enfermidade clínica que tem como causa a falta de suprimento sanguíneo no cólon, levando a vários graus de necrose tecidual localizada e manifestações em todo organismo. A enterocolite necrosante é uma síndrome clínico-patológica que tem sinais e sintomas gastrointestinais e em

todo o organismo, sendo esses de forma variável e gradual. Esta decorre da necrose de coagulação do trato gastrointestinal, de localização íleo terminal, colo ascendente e parte proximal do colo transversos¹⁰.

Assim, o objetivo deste relato é apresentar uma necropsia que revelou um caso de colite infecciosa por *Streptococcus viridans*, que associado às morbidades pré-existentes no paciente e brevemente descritas acima, afetaram seu estado geral e contribuíram para um desfecho clínico-patológico desfavorável.

RELATO DE CASO

Paciente de 76 anos de idade, sexo masculino, lavrador, foi admitido no mês de fevereiro na Unidade de Pronto Atendimento Sul, onde foi encaminhado para o Hospital Geral de Palmas. Seu histórico à admissão era de taquicardia supra ventricular, diarreia persistente e febre. Já era portador crônico de diabetes mellitus II e hipertensão arterial sistêmica, apresentando também atrofia leve do membro superior direito por sequela de acidente vascular cerebral (AVC).

Após breve internação, na qual teve resultado de hemograma com hemácias: 4,78; hematócrito: 44,5%; hemoglobina: 14,3; leucócitos: 4580; plaquetas: 192000; ureia: 127,5; TGO: 88 e TGP: 146; evoluiu para óbito. Isso ocorreu no mês de fevereiro de 2016.

Durante exame necroscópico, a ectoscopia revelou biótipo brevelíneo com estatura de 1,50m, peso de 57kg, não trajava roupas, apenas fralda geriátrica, não fluía secreções das suas cavidades. Na face observou-se conjuntiva bolha e tarsal transparentes e ausência de infusão em conjuntivas; em tórax apresentava eletrodos de DEA; genitália externa com aspecto habitual e livores cadavéricos em região dorsal; no membro superior direito apresentava leve atrofia por sequela de AVC.

Ao exame interno realizou-se, na cavidade torácico-abdominal, incisão fúrculo-pubiana a nível da linha mediana anterior, dissecados os planos músculos cutâneos e desarticulado o plastrão condro-esternal, observou-se pulmão direito e esquerdo com coloração violácea nos lobos inferiores (Figura 1), saída contendo mucoide pelo brônquio principal direito e saída contendo mucoide avermelhado a enegrecido no brônquio principal esquerdo. Ausência de derrame pleural.

No coração havia área brancacenta fasciculada em paredes ventriculares, área cicatricial em pericárdio de ventrículo esquerdo (Figura 2). Presença de trombo de coloração amarelada em átrio direito e veia pulmonar direita (Figuras 3 e 4). Área de coloração violácea em parede posterior do átrio direito. Derrame pericárdico leve amarelo citrino e moderada hipertrofia ventricular esquerda.

Na cavidade abdominal havia presença de derrame peritoneal esverdeado a enegrecido, cerca de 2000mL (Figura 5). Peritônio de coloração avermelhada com pontos enegrecidos. Enterocolite aguda serofibrinosa, presença de mucosa colônica enegrecida (Figura 6). O pâncreas apresentou-se pardacento e homogêneo, o fígado era friável e

de coloração vinhosa, rins com aspecto cerebriforme (Figura 7), consistente e com nefrosclerose benigna; baço acinzentado e homogêneo. O estômago tinha presença de conteúdo enegrecido semelhante a borra de café (Figura 8) e lesão avermelhada em duodeno.



Figura 01. Pulmão de coloração violácea com presença de secreção mucoide.

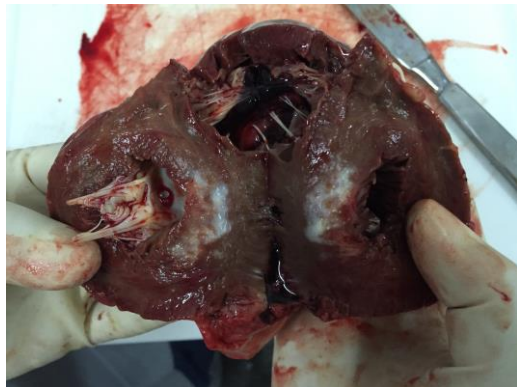


Figura 02. Coração com área cicatricial em pericárdio de ventrículo esquerdo.



Figura 03. Trombo em átrio direito.



Figura 04. Trombo em veia pulmonar.



Figura 05. Derrame peritoneal.



Figura 06. Mucosa colônica enegrecida por enterocolite aguda serofibrinosa.



Figura 07. Rim de aspecto cerebriforme.

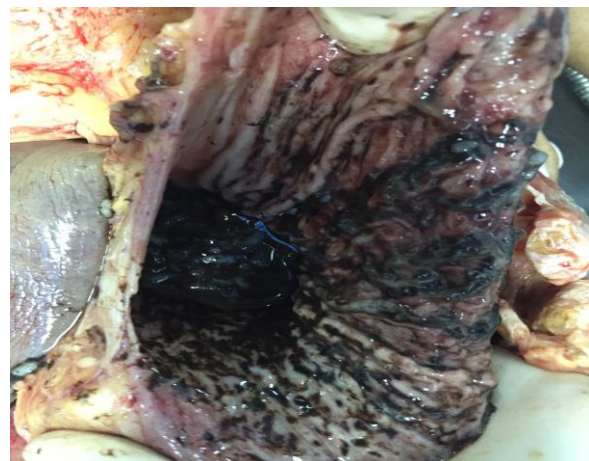


Figura 08. Estômago com presença de conteúdo enegrecido.

DISCUSSÃO

O *Streptococcus viridans* não é o agente infeccioso mais comum nos casos de enterocolite infecciosa. Este microrganismo é mais citado em episódios de endocardite infecciosa¹¹. A falta de adequado suprimento sanguíneo ao cólon, causada pelos mecanismos de defesa do corpo devido às alterações provocadas, levou a vários graus de isquemia por todo o intestino grosso.

Ainda que acolhido e assistido em âmbito hospitalar, os sinais e sintomas apresentados, já a nível sistêmico, como taquicardia supraventricular, febre e diarreia persistente, tiveram rápida evolução. A diarreia em casos de colite infecciosa pode resultar em danos na barreira mucosa intestinal, aumentando o risco de perfurações e sepse, além da própria desidratação por demasiada perda de líquidos¹². Ratificando a literatura, o paciente apresentado evoluiu com choque séptico.

Este se evidencia pelos achados necroscópicos relatados, associados às informações clínicas, exames laboratoriais realizados e análise citopatológica de amostra do derrame peritoneal que apresentou o agente causador da infecção base.

Considerando a necessidade de emergente intervenção em casos similares, o ligeiro uso de moduladores da cascata inflamatória e da coagulação, além de controle metabólico e glicêmico, mostra-se na literatura como uma tentativa relevante na redução da mortalidade por sepse¹.

CONCLUSÃO

É possível verificar que o desfecho clínico patológico desfavorável nesse caso se deve ao ruim estado geral que o paciente já apresentava anteriormente. Suas várias morbidades contribuíram para uma resposta imunológica ineficiente. Devido a isso, verifica-se, na literatura, uma vasta quantidade de relatos e artigos que direcionam a enterocolite necrotizante ou infecciosa para neonatos e crianças, visto que estes ainda não apresentam uma imunidade bem desenvolvida.

Dessa forma, evidencia-se a necessidade de rápida ação em casos semelhantes para que se evitem complicações e o próprio óbito. Comprova-se, ainda, a necessidade de expor um caso menos comum, como o descrito, servindo como alerta ao adequado atendimento clínico, em que uma causa menos provável também deve ser considerada e avaliada com seriedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sales Júnior J. A. L., David C. M., Hatum R., Souza P. C. S. P., Japiassú A., Pinheiro C. T. S. *et al.* Sepses Brasil: estudo epidemiológico da sepse em Unidades de Terapia Intensiva brasileiras. *Rev. bras. ter. intensiva.* 2006; 18(1): 9-17.
2. Campos W., Stabelini Neto A., Bozza R., Ulbrich A. Z. *et al.* Atividade física, consumo de lipídios e fatores de risco para aterosclerose em adolescentes. *Arq. Bras. Cardiol., São Paulo,* 2010; 94(5): 601-607.
3. Fuzinato F., Wajner A., Waldemar F. S., Hopf J. L. S., Schuh J. F., Barreto S. S. M. Profilaxia para tromboembolia venosa em um hospital geral. *J. bras. pneumol.* 2011; 37(2): 160-167.
4. Figueiredo A. E., Poli-de-Figueiredo C. E., Meneghetti F., Lise G. A. P., Detofoli C. C., Silva L. B. Peritonites em pacientes em diálise peritoneal: análise de um único centro brasileiro segundo a Sociedade Internacional de Diálise Peritoneal. *J. Bras. Nefrol.* 2013; 35(3): 214-219.
5. Oigman W., Neves M. F., Gismondi R. A. O. C. Hipertensão Arterial Sistêmica. Moreira Jr. Editora. 2015; 72(1): 5-17.
6. Silva L. M. C., Palha P. F., Barbosa G. R., Pratti S. T., Ramos A. S. Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo - Brasil. *Rev. esc. enferm. USP.* 2010; 44(2): 462-468.
7. López-Jaramillo P., Sánchez R. A., Diaz M., Cobos L., Bryce A., Parra-Carrillo J. Z. *et al.* Consenso latino-americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 2014; 58(3): 205-225.
8. Yuji-Hondo F. *et al.* Gastrite hemorrágica: fatores descritivos em pacientes internados. *GED gastroenterol.* 2006; 25(4): 101-104.
9. Rocha J. J. R da, Apprilli F., Guimaraes A.S. Hemorragia digestiva baixa. *Medicina.* 1996; 28(4): 647-9.
10. Pandolfo G., Fillmann L. S., Fillmann H. S., Fillmann E. E. P., Petracco J. B., Goldani M. A. Avaliação da incidência e de fatores de risco para a colite isquêmica após reparo de aneurisma de aorta abdominal. *Rev. bras. colo-proctol.* 2007; 27(3): 288-292.
11. David C. M. N. INFEÇÃO EM UTI. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Ribeirão Preto, 1998; 31(3): 337-348.
12. Robbins SL, Cotran SR; Bases Patológicas das Doenças; 7ª ed; Kumar V, Abbas A, Fausto N, Aster J. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.