

Salmonella e aneurisma aórtico em doente VIH: caso clínico

Salmonella infection and Aortic Aneurysm in an HIV positive patient: a clinical case

Ana Carla Camões*, Sandra Marques*, Maria Helena Pacheco**, José António Malhado***

Resumo

A Febre Tifóide é ainda um problema de saúde pública nos países tropicais e subdesenvolvidos. Contrariamente, nos países da região Mediterrânea e industrializados, a doença ocorre por persistência de focos endémicos de *Salmonella* Típhi e/ou em caso de viagens ou residência prévia em países de alta prevalência da doença. A associação de infecção por *Salmonella* Típhi e VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) é actualmente, no nosso país, uma entidade raramente descrita.

Os autores abordam um caso de Febre Tifóide complicada de aneurisma aórtico, numa doente com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, fazendo uma revisão teórica desta associação.

Palavras chave: *Salmonella* Típhi, complicação da salmonelose, aneurisma aórtico, VIH.

Abstract

Typhoid fever remains a global public health problem in many developing countries. However in Mediterranean and industrialized countries, the disease occurs not only as a result of *Salmonella* Típhi outbreaks but also travelling to endemic areas. The prevalence of *Salmonella* Típhi and HIV (Human Immunodeficiency Virus) in our country is rarely mentioned in our literature. The authors describe a clinical case report of Typhoid fever in an AIDS patient, which was complicated by an aortic aneurysm.

Key words: *Salmonella* Típhi, *Salmonella* sp's complications, aortic aneurysm HIV.

Introdução

A incidência de infecção por *Salmonella* Típhi é maior em crianças com menos de um ano de idade, doentes com imunossupressão (10 a 20% dos doentes positivos para VIH têm maior probabilidade de se infectarem com *Salmonella* Típhi), quando há anomalia das vias urinárias ou biliares e ainda doenças reticulo-endoteliais.¹ *Salmonella* spp. é o único género bacteriano capaz de infectar uma íntima arterial normal, sendo as complicações vasculares associadas a infecção por *Salmonella* Típhi, raras e havendo poucos casos descritos na literatura.²

Em caso de bacteriemia elevada, *Salmonella* spp. tem grande tropismo pela parede da aorta abdominal,

sendo responsável por 33 a 50% dos aneurismas infecciosos nessa localização.^{1,2}

Caso clínico

H.S.S., sexo feminino, 29 anos, raça negra, natural de Cabo Verde e residente em Lisboa desde há 10 anos, empregada de limpeza, internada em Maio de 2001, por quadro de febre elevada e diarreia (5-6 dejectões de fezes líquidas por dia), com duas semanas de evolução.

Dos antecedentes pessoais havia referência a infecção por VIH1 (adquirida por via sexual) conhecida há dez anos, irregularmente seguida em consulta e não aderente à terapêutica.

Não tinha feito viagens recentemente nem havia contacto com doentes com sintomatologia semelhante. Vivia em habitação com más condições de saneamento básico.

À data do internamento, a doente encontrava-se prostrada, emagrecida, febril (39°C), desidratada e com as mucosas pálidas. Apresentava extensas lesões de candidose na orofaringe e úlceras vulvares suges-

*Interna do Internato Complementar de Medicina Interna

**Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna

***Chefe de Serviço de Medicina Interna

Serviço de Medicina 1 do Hospital Curry Cabral, Lisboa

Recebido para publicação a 05.05.03

Aceite para publicação a 21.02.05

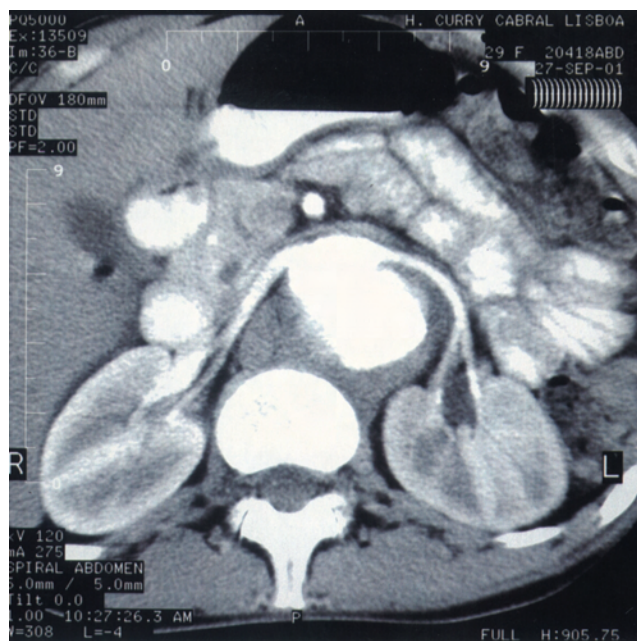


FIG. 1

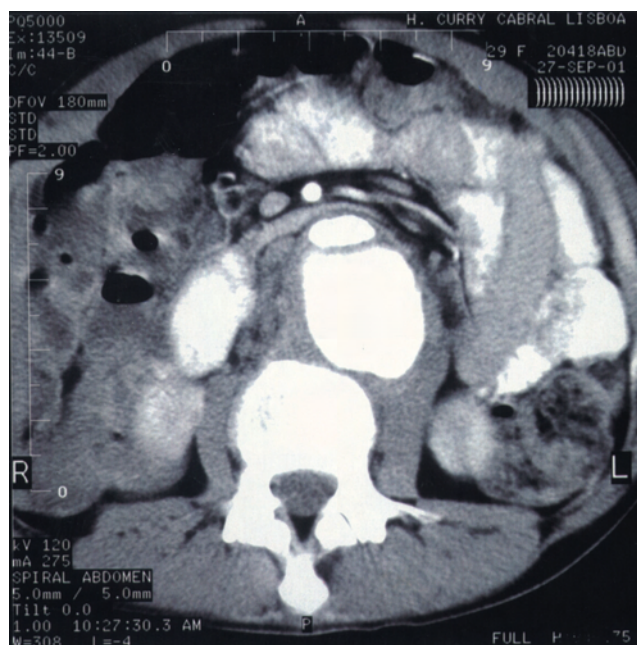


FIG. 2

tivas de herpes. A auscultação cardiopulmonar não revelava alterações e constatava-se a existência de hepato-esplenomegalia indolor, sem massas anómalas ou sopros audíveis. Na restante observação não havia alterações significativas.

Dos exames analíticos resumidos no *Quadro I*, salienta-se as alterações da função renal, do ionograma e do seu estado imunológico.

Nas hemoculturas e coproculturas foi isolada uma *Salmonella* Típhi.

A radiografia do tórax, o ECG e o ecocardiograma não mostraram alterações morfológicas ou patológicas.

A doente realizou ecografia e TAC abdominal que revelaram um trombo mural na aorta abdominal, logo a seguir à emergência da artéria mesentérica superior, estendendo-se até à bifurcação aórtica (*Fig 1*).

No estudo da coagulação (doseamento de Proteína C, S, antitrombina III, anticoagulante lúpico) não havia alterações.

Iniciou tratamento com Ceftriaxone 2 gr EV/dia durante 20 dias, e posteriormente, Ciprofloxacina 500 mgr PO /dia com apirexia e regressão do quadro abdominal ao 15º dia. As coproculturas eram então negativas.

Ao trigésimo dia iniciou dor lombar intensa, com irradiação aos membros inferiores, condicionando impotência funcional. O exame objectivo revelava diminuição do pulso femoral direito, não se palpano qualquer massa abdominal.

Realizou nova TC abdominal que demonstrou uma dissecção da aorta abdominal, com dilatação aneurismática desde a emergência do tronco celíaco até à bifurcação femoral, com 5 cm de maior diâmetro e envolvimento do segmento proximal das artérias ilíacas primitivas, apresentando também dois trombos murais, um ao nível da artéria ilíaca primitiva proximal direita e outro na parede posterior da aorta (*Fig 2*).

Foi então observada em consulta de Cirurgia Vasculuar, não tendo indicação operatória dada a extensão do aneurisma e não haver atingimento de órgãos alvo.

Ao quadragésimo quinto dia teve alta para seguimento em consulta, medicada com terapêutica HAART (Highly Active Antiretroviral Therapeutic), Cotrimoxazol profilático e analgésicos (diclofenac e paracetamol).

Discussão

A arterite por *Salmonella* spp., apesar de rara, ocorre em 25% dos doentes com bacteriemia por esse microrganismo e, sobretudo, se se encontrarem no grupo etário acima dos 50 anos. Existem determinados factores predisponentes, nomeadamente aterosclerose, lesões da íntima/aneurismas preexistentes e malformações arteriais. No entanto e tal como referido anteriormen-

te, a *Salmonella* spp. constitui o único agente capaz de infectar uma íntima arterial normal.^{2,3,4}

Embora seja frequente a bacteriemia por *Salmonella* spp. nos doentes VIH, a arterite tem raramente sido descrita, dado serem habitualmente jovens e por não apresentarem factores de risco para tal.⁵

A localização mais frequente da arterite é na aorta abdominal (31 a 65%), seguida pela artéria femoral.^{2,4}

A grande maioria, para não referir todos os casos de arterite devido a *Salmonella* spp., leva à formação de aneurismas ou, mais raramente, ao alargamento de um já pré-existente.⁵

A arterite por *Salmonella* spp. manifesta-se por sintomas e sinais vagos e inespecíficos, apresentando por vezes febre, dor abdominal ou lombar e/ou massa abdominal (o que já traduz dilatação aneurismática).^{2,3} Em 25% dos doentes pode surgir uma diarreia prévia, embora raramente se encontrem sinais gastrointestinais.³ No exame objectivo a palpação abdominal dolorosa pode ser o único sinal positivo.

O diagnóstico é habitualmente tardio. Os exames imagiológicos, nomeadamente a TAC e a RMN, são benéficos para o diagnóstico e atitude terapêutica, devendo ser realizados o mais precocemente possível, permitindo-nos também conhecer as características do aneurisma. Dificultando ainda mais o diagnóstico, as hemoculturas são normalmente negativas em 47% dos aneurismas infecciosos, e em 17-27% dos aneurismas por *Salmonella* spp.

A persistência da febre e/ou dor abdominal/lombar num doente com infecção por *Salmonella* spp. faz pensar na hipótese de trombose/aneurisma, sendo confirmado pelos exames anteriormente referidos.^{2,6}

Podem associar-se manifestações extra-digestivas tais como pleuropulmonares, urogenitais, osteoarticulares, neuromeningeas e cardiovasculares.⁴

O diagnóstico diferencial faz-se com outras patologias, nomeadamente com a espondilodiscite lombar, que se exclui pela RMN, cintigrafia e a própria evolução clínica, linfadenopatias periaórticas infecciosas, neoplasias ou fibrose aórtica.²

O tratamento só com a antibioterapia não é suficiente, sendo não só útil o desbridamento do tecido infectado mas, também, ressecção do aneurisma.^{2,3}

A evolução da arterite/aneurisma por *Salmonella* spp. cursa com uma mortalidade elevada, pelo que o seu prognóstico é bastante mau, apesar de ter discretamente melhorado com novas técnicas ci-

QUADRO I

Análises

Glóbulos Vermelhos	4110 x 10 ⁶ /mm ³
Hemoglobina	11,0 g/dl
Hematócrito	34,1%
Leucócitos	3800x10 ³ /μL
Neutrófilos	64.5 %
Plaquetas	260000 /μL
Velocidade sedimentação	107 mm /h
Proteína C reactiva	30.5 mg/ml
Glicemia	95 mg/dl
Ureia sérica	240 mg/dl
Creatinina sérica	5.2 mg/dl
Natremia	125 mmol/L
Kaliemia	2.9 mmol/L
Carga Viral	171111 cópias/L
CD4	3 céls/μL
Lactato desidrogenase	540 U/L

Hct – Hematócrito; V.S. – Velocidade de sedimentação; PCR – Proteína C reactiva; AST – Aspartato amino transferase; ALT – Alanino amino transferase; LDH – Lactato desidrogenase.

rúrgicas e o uso mais direccionado dos antibióticos disponíveis.³

No caso clínico apresentado, a persistência da febre elevada, bem como a dor lombar intensa levou à realização de uma segunda TC abdominal, que prontamente efectuou o diagnóstico. ■

Bibliografia

1. Miller SM, Pegues DA. *Salmonella* Species, Including *Salmonella typhi*. Infectious Diseases and their etiologic Agents. Mandell; Part III, 210 : 2344-2356.
2. Sellami D, Lucidarme O, Lebleu L et al. Anévrisme Infectieux de l'Aorte Abdominale : Un Aspect TDM Précoce. J Radiol 2000; 81 (8): 899-901.
3. Jagjivan B, Nakielny RA: *Salmonella* Aortitis and Aneurysm Formation: The Role of CT in Management. Clin Radiol 1990; 42 (1): 55-56.
4. Liegeois F, Cailleux N, Perrier G et al. Anévrisme infectieux à Salmonelles. Une nouvelle observation. Rev Méd Interne. 2000; 21 (1) : 113-114.
5. Saravia-Dunand VA, Loo VG, Salit IE: Aortitis due to *Salmonella*: Report of 10 Cases and Comprehensive Review of the Literature. Clin Infect Dis. 1999; 29 (4): 862-868.
6. Carreras M, Larena JA, Taberner G et al: Evolution of *Salmonella* Aortitis Towards the Formation of Abdominal Aneurysm. Eur Radiol. 1997; 7 (1): 54-56.