

DERRAME PLEURAL INFECTADO POR *SALMONELLA ENTERITIDIS*

MANUELA VANZELLER, J. M. SAPAGE, TERESA SHIANG, FILIPE RODRIGUES

Serviço de Pneumologia A. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. Vila Nova de Gaia.

RESUMO

Os autores descrevem o caso de um homem de 49 anos, internado por derrame pleural à esquerda. Do estudo efectuado para esclarecimento da etiologia concluiu-se por um exsudado com predomínio de neutrófilos. Aos dez dias de internamento, submetido a terapêutica antibiótica empírica, continua com febre e refaz o derrame pleural, que se torna purulento. Realiza ecografia torácica e tomografia axial computadorizada abdominal que permite detectar abscesso esplênico em situação subcapsular. O diagnóstico foi estabelecido pela cultura do líquido pleural, em que se isolou *Salmonella enteritidis*, serótipo *enteritidis*. De acordo com o antibiograma faz terapêutica com cotrimoxazol, com boa resposta clínica. Foi efectuada esplenectomia.

SUMMARY

Pleural Effusion infected with *Salmonella Enteritidis*

The authors describe the case of a 49 year-old caucasian male with left pleural effusion. The etiology of the effusion was exsudative with a preponderance of neutrophils. Ten days after admission and on empirical antibiotic therapy, the patient still had fever and the pleural effusion that became purulent. The thoracic echography and computerized tomography showed a subcapsular splenic abscess. The diagnosis was established by the culture of the pleural effusion and the isolation of *Salmonella enteritidis enteritidis* serotype. According to the antibiogram, a treatment with cotrimoxazole was established with clinical improvement. A splenectomy was performed.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 49 anos, caucasiano, corticeiro.

Em meados de Julho de 1996 inicia quadro clínico caracterizado por tosse, expectoração purulenta, hipertermia (39°C), toracalgia esquerda de características pleuríticas associado a anorexia, astenia e emagrecimento de \pm 8Kg em cerca de duas semanas.

Recorre ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (CHVNG) com estas queixas e realiza radiografia pulmonar que evidencia imagem de

hipotransparência homogénea de concavidade superior, ocupando o terço inferior do hemitórax esquerdo, apagando o desenho da hemicúpula diafragmática esquerda. (figura. 1a e 1b). É internado no Serviço de Pneumologia A do CHVNG.

Nos antecedentes pessoais salientava-se um internamento de 48 horas no hospital de S. Paio de Oleiros, por gastroenterite no final de Junho de 1996, desconhecendo a medicação feita.

Fumador dos 8 aos 39 anos de \pm 20 cigarros/dia (31 UMA), sem hábitos medicamentosos.

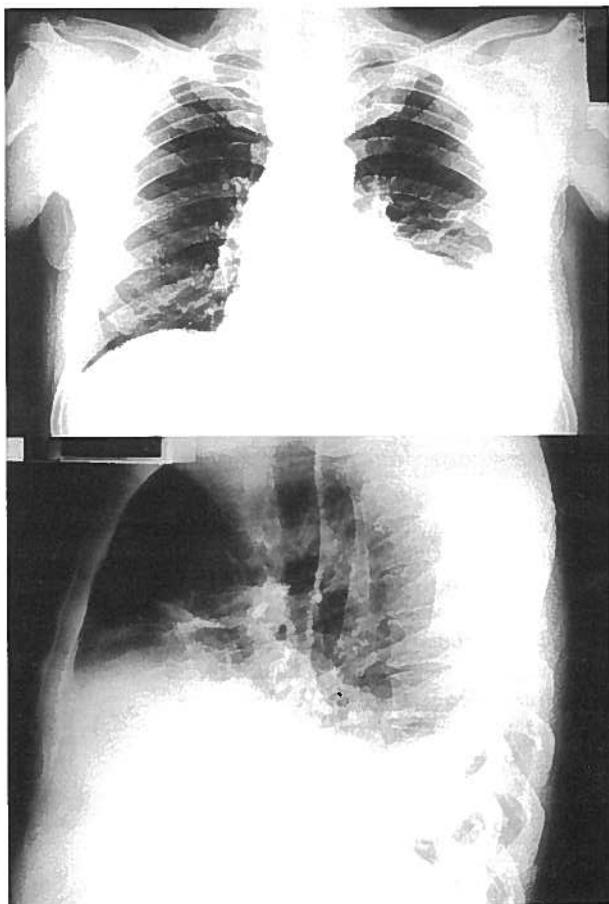


Fig. 1 a e Fig. 1 b - Imagem de hipotransparência homogênea de concavidade superior ocupando o terço inferior do hemitórax esquerdo.

Nos antecedentes familiares: mãe falecida em Junho de 1996 por neoplasia do pulmão.

Do ponto de vista objectivo, era um doente com razoável estado geral e pele e mucosas normalmente coradas e hidratadas.

Não apresentava sinais objectivos de dificuldade respiratória.

A temperatura axilar era de 39° C, com pulso radial: 120 ppm, rítmico, regular e amplo, a tensão arterial era de 120/70 mmHg. A frequência respiratória era 20 ciclos por minuto.

O tórax era de configuração normal, com a expansibilidade diminuída e as vibrações vocais também diminuídas no terço inferior do hemitórax esquerdo com macicez à percussão da mesma área.

À auscultação pulmonar apresentava murmúrio vesicular diminuído no terço inferior do hemitórax esquerdo e roncus abundantes bilaterais.

Auscultação cardíaca: taquicardia.

O abdómen mole, indolor à palpação, sem organomegalias ou massas palpáveis.

Membros sem alterações.

Nos exames complementares salientava-se uma anemia normocítica normocrômica (Hb - 11,4mg/dl; ER - 3,84 x 106 µl; VG - 36,1%;V.G.M. - 94 fl), V. S. elevada (80mm), leucocitose com neutrofilia (23,18 x 103 µl; N - 82,8%, E - 0,3%, B - 0,3%, L - 8,5%, M - 8,1%), trombocitose (948 x 103 µl). As funções hepática e renal eram normais. Ionograma sem alterações.

O doente inicia terapêutica empírica com amoxicilina+ácido clavulâmico endovenosa.

Procedeu-se à toracocentese com extracção de ±500cc de líquido sero-fibrinoso com características bioquímicas de exsudado, grande celularidade com predomínio de neutrófilos (73%), DHL elevada (527 u/l) ADA baixa (19 u/l).

A cultura do líquido pleural foi estéril após cinco dias em aerobiose. A biópsia pleural mostrou pleura com ligeiro infiltrado inflamatório polimorfo. A pesquisa de células neoplásicas e de *Mycobacterium* foi negativa.

Mantoux a 5 U - negativa.

Bacteriológico de expectoração - flora normal da região.

A pesquisa de *Mycobacterium* na expectoração foi negativa em exame directo e cultural.

Ao terceiro dia de terapêutica o doente mantém febre >38°C e a radiografia pulmonar de controle evidencia persistência de derrame pleural. Efectua-se nova toracocentese com extracção de 400cc de líquido com aspecto macroscópico sobreponível ao anterior e decide-se associar amicacina.

Aos dez dias de internamento, o doente continua com febre e mantém derrame pleural. Repete-se toracocentese com extracção de 750cc de líquido hemático com material purulento. Suspende-se antibioterapia prévia e inicia Piperacilina/Tazobactam e.v., sem resposta clínica evidente. Faz-se revisão analítica (quadro I) e, por suspeita

Quadro I

	17/7	1/8
Hemoglobina (mg/dl)	11,1	10,5
Eritrócitos (x106ml)	3,78	3,69
Volume globular (%)	33,7	32,9
Volume glob. médio (fl)	90,1	89,2
Leucócitos (x103 µl)	25.630	18.640
Neutrófilos (%)	87	81
Plaquetas (x103ml)	985.000	1.560.000
VS (mm)	80	100
Fe (µl) II	11	18
DHL (u/l)	653	330
FA (u/l)	144	213

clínica de persistência de derrame pleural, pede-se ecografia torácica para averiguar a existência de locas e orientação de eventual introdução de dreno torácico, sendo observada: *imagem sonolúcida localizada na região sub-diafragmática esquerda que ocasiona indefinição do contorno superior e externo do baço exibindo alguns ecos internos. Esta imagem mede cerca de 12,9x9,8x3,8cm e pode corresponder a abscesso subfrênico ou hematoma periesplênico. Pequena lâmina de líquido no fundo de saco costo-frênico esquerdo que parece de pequeno volume. A hem cúpula diafragmática esquerda ocupa uma topografia alta* (figura 2).



Fig. 2 - Imagem sonolúcida subdiafragmática esquerda

Entretanto chega-nos o resultado do exame cultural do líquido pleural em que foi isolada *Salmonella enteritidis*, serótipo *enteritidis*.

A pesquisa de bactérias anaeróbias obrigatórias no pús pleural foi negativa.

Perante estes achados pedem-se coproculturas e reacção de Widal. As coproculturas mostram flora normal da região. A reacção de Widal é positiva (TO - 1/400). Inicia Cotrimoxazol de acordo com antibiograma. Há resposta clínica favorável com normalização da temperatura ao fim de 48 horas. Mantém subida da hem cúpula diafragmática esquerda com bloqueio do ângulo costo-frênico.

Como havia dúvidas na localização exacta do abscesso, o doente realiza TAC abdominal: *...derrame pleural à esquerda, enquistado, acompanhado de consolidação/colapso do pulmão adjacente. Colecção líquida contendo gás, irregular, na região subfrênica e ao longo do contorno externo do baço, admitindo-se localização intraesplênica, mesmo subcapsular. Poderá tratar-se de abscesso, embora a possibilidade de hematoma, eventualmente infectado, não possa ser excluída. Discretas heterogeneidades na restante textura esplênica (infecção?, lesões traumáticas?)* (figura 3a e 3b).

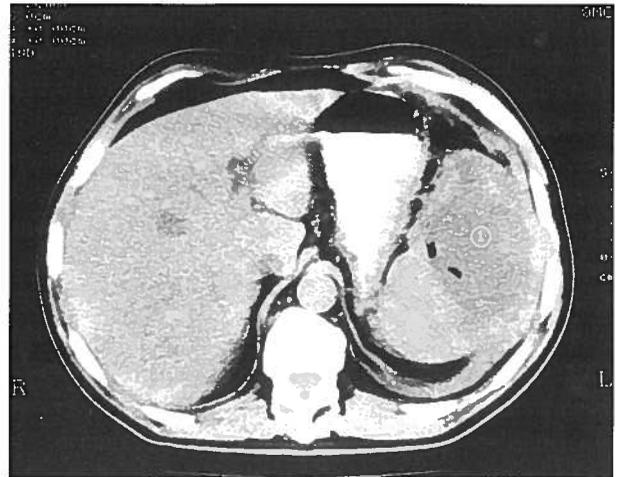


Fig. 3a - Colecção líquida contendo gás, subfrênica esquerda

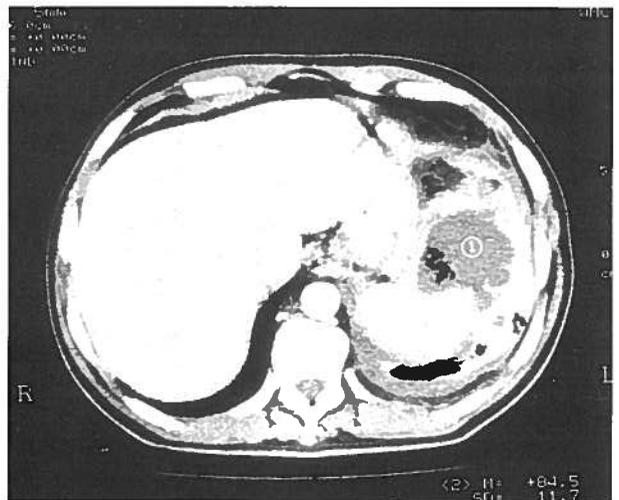


Fig. 3b - Discretas heterogeneidades na restante textura esplênica

O doente é transferido para o Serviço de Cirurgia Geral III/IV em 27/8/96.

Realiza nova ecografia abdominal que evidencia *colecção líquida com bolhas de gás, aparentemente subcapsular esplênica de menores dimensões (5,2x1,8cm) que no exame anterior de difícil drenagem percutânea...*

É submetido a cirurgia, constatando-se tumefacção totalmente coalescente ao diafragma e parede abdominal, com a grande curvatura gástrica e ângulo esplênico do colon aí chamados. Realiza esplenectomia.

Do relatório da anatomia patológica da peça cirúrgica consta: *baço com 'loca' em situação subcapsular, junto ao hilo, já aberta e sem conteúdo, com parede friável... ao exame histológico observa-se, na referida 'loca', parede de abscesso, com macrófagos, tecido de granulação e fibrose... conclusão - abscesso esplênico.*

A radiografia pulmonar da alta hospitalar mantém

subida da hemicúpula diafragmática esquerda com bloqueio do ângulo costo-frênico (figura 4).



Fig. 4 - Radiografia pulmonar da alta hospitalar - mantém subida da hemicúpula diafragmática esquerda com bloqueio do ângulo costo-frênico homolateral

O doente é observado na consulta externa de pneumologia seis meses depois, encontrando-se assintomático. Analiticamente mantém trombocitose (1295x 103/ml) e a radiografia pulmonar apresenta apenas uma ligeira subida da hemicúpula diafragmática esquerda com bloqueio do fundo de saco costo-frênico homolateral (figura 5).

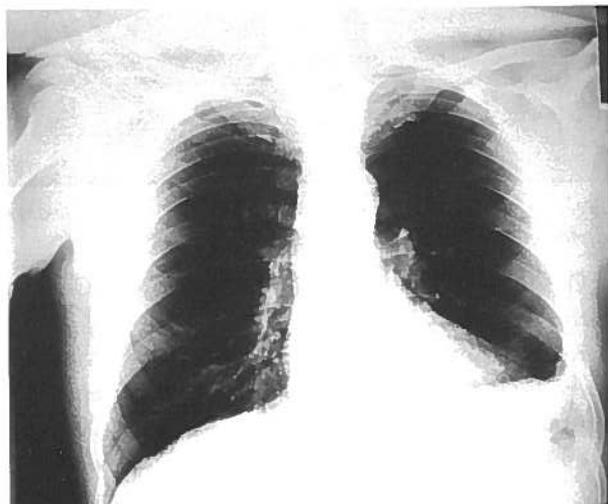


Fig. 5 - Radiografia pulmonar seis meses após a alta - ligeira subida da hemicúpula diafragmática esquerda com bloqueio do ângulo costo-frênico homolateral

DISCUSSÃO

O envolvimento pleuropulmonar nas infecções por *Salmonella* é um acontecimento raro.

Gill e Holden¹ citam um estudo realizado no Índia, envolvendo 6250 casos de salmonelose comprovada bacteriológicamente, em que apenas três casos, um causado por *S. typhi* e dois por *typhimurium*, tiveram envolvimento torácico. Os mesmos autores referem ainda um caso de derrame pleural maligno infectado por *Salmonella enteritidis* e quatro casos (dois na Índia e dois nos EUA) de empiemas causados por *Salmonella typhi*.

A pneumonia ou o empiema causados por *Salmonella* são raros e geralmente vistos em doentes com anomalias pulmonares ou pleurais pré-existentes ou com condições que predisponham à infecção, incluindo malignidade, diabetes, uso de corticoides, doença das células falciformes ou abuso de álcool².

O presente caso parece, portanto, diferente dos referidos, pois ocorre num indivíduo relativamente jovem e sem factores predisponentes identificados.

A via de disseminação foi provavelmente sanguínea, desde o intestino (gastroenterite) até ao baço, onde surge abscesso esplênico. Posteriormente ter-se-à feito a drenagem do abscesso esplênico para a região subfrênica e, por contiguidade, para a cavidade pleural, originando empiema.

A infecção por *Salmonella enteritidis* é um problema de saúde pública, considerado progressivamente mais importante e que em parte pode ser atribuído ao consumo de ovos ou de aves infectadas³.

BIBLIOGRAFIA

1. GILL GV, HOLDEN A: A malignant pleural effusion infected with *Salmonella enteritidis*. Thorax 1996;51:104-105.
2. KEUSCH GT: Salmonellosis. In: Wilson et al, eds Harrison's Principles of Internal Medicine, 12th edition. McGraw-Hill. New York, 1991: 609-613.
3. RAMPLING A: *Salmonella enteritidis* five years on. The Lancet 1993; 342:317-318.