

# YERSÍNIA ENTEROCOLÍTICA. Estudo da Seroprevalência e Apresentação de 3 Casos Clínicos

F. MALTEZ, J. MACHADO, M. ALICE ROCHA, PIRES GONÇALVES, A. MORGADO, R. PROENÇA  
Serviço de Medicina 1. Hospital Curry Cabral. Lisboa.

## RESUMO

A *Yersinia enterocolitica* é um bacilo gram negativo que emergiu na últimas duas décadas como importante patógeno entérico, associado a um largo espectro de manifestações clínicas. Os autores apresentam um estudo da sua seroprevalência em 200 doentes hospitalizados e descrevem 3 casos clínicos curiosos desta infecção, incluindo um caso grave de endocardite.

## SUMMARY

*Yersinia enterocolitica*. Seroepidemiological survey and 3 case reports

*Yersinia enterocolitica* is a gram negative bacillus that emerged in the past two decades as an important enteric pathogen associated with a wide spectrum of clinical manifestations. The authors present a seroepidemiological survey, in 200 hospitalized patients, and describe three curious case reports of this infection, including a serious case of endocarditis.

## INTRODUÇÃO

As Yersinioses cujas principais espécies patogénicas são a *Y. pestis*, enterocolítica e pseudotuberculosis são zoonoses que afectam predominantemente roedores, porcos e aves, sendo o homem hospedeiro accidental.

A *Y. pseudotuberculosis* é a mais rara, tendo predilecção por crianças do sexo masculino, sendo a adenite mesentérica a sua manifestação mais frequente<sup>1</sup>.

Por sua vez, as infecções por *Y. enterocolitica* têm vindo a adquirir relevância na prática clínica, não só pelos quadros clássicos de enterocolite em doentes jovens, simulando por vezes apendicite ou mesmo doença inflamatória crónica do intestino, mas também no diagnóstico diferencial das artrites reactivas, do eritema nodoso e de outras manifestações extraintestinais mais raras<sup>2,3,4</sup>.

Destas apresentações, a artrite reactiva é caracterizada pelo envolvimento poliarticular, mais frequente nas articulações dos membros inferiores, começando, tipicamente, uma a duas semanas após o início dos sintomas gastrointestinais, persistindo por vários meses e em 80% dos casos está associada a HLA B27<sup>5</sup>.

A ocorrência de um caso de artrite reactiva no nosso serviço e a ausência de informação epidemiológica no nosso meio, motivou-nos para o estudo da seroprevalência da *Yersinia enterocolitica* no meio hospitalar. No seu decurso foi possível identificar mais dois casos clínicos de infecção por *Y. enterocolitica*: uma enterocolite e uma endocardite.

Apresentamos de seguida os principais elementos desse estudo efectuado em 200 doentes, bem como a descrição dos 3 casos clínicos.

## ESTUDO DE SEROPREVALÊNCIA

### MATERIAL E MÉTODOS

Efectuou-se um estudo sequencial em 200 doentes (112 do sexo masculino e 88 do sexo feminino) internados no serviço 1 de Medicina (homens e mulheres) do Hospital de Curry Cabral, em Lisboa, no período de Fevereiro a Junho de 1990 e de Março a Julho de 1991. Todos os doentes eram de raça caucasiana e tinham idades compreendidas entre os 15 e os 89 anos, com residência na área da grande Lisboa e de nacionalidade portuguesa.

A todos foi colhida uma amostra de sangue para pesquisa de anticorpos anti-*Yersinia*.

Estes anticorpos foram detectados pela reacção de aglutinação lenta. Utilizaram-se microplacas Tihertek de fundo em e de cada soro fizeram-se diluições seriadas de 1/20 a 1/5120 com pesquisa de anticorpos anti-*Yersinia enterocolitica* 0:3, 0:5 e 0:9 e anti-*Yersinia pseudotuberculosis* I, II, III, IV e V.

Os antigénios foram preparados a partir de estirpes de referência cedidas pelo Instituto Pasteur de Paris, cultivados em meio de tripticase-caseína-soja e inactivadas pelo etanol.

Consideraram-se como positivas as reacções com títulos de anticorpos  $\geq$  ou = 1:320.

Em todos os soros positivos fez-se também a pesquisa de anticorpos anti-*Brucella* e anti-*Salmonella* respectivamente pela R. Rosa de Bengala e R. Widal e os casos em que se verificou a existência de reacções cruzadas foram excluídos da amostra.

QUADRO 1 — Distribuição da prevalência de anticorpos anti-Yersinia em 200 doentes

Serotipos	Reacção (n°)	Positivas (%)
Y. enterocolítica 0:3	0	0
Y. enterocolítica 0:5	2	1
Y. enterocolítica 0:9	12	6
Y. pseudotuberculosis I	0	0
Y. pseudotuberculosis II	1	0,5
Y. pseudotuberculosis III	1	0,5
Y. pseudotuberculosis IV	0	0
Y. pseudotuberculosis V	0	0
Total	16	8

## RESULTADOS

Dos 200 doentes estudados, 16 (8%) apresentaram anticorpos anti-Yersinia em títulos entre 1:320 e 1:2260 (Quadro 1).

O serotipo mais frequente foi *Y. enterocolítica* 0:9 em 12 doentes (6%).

Encontraram-se também anti-Yersinia enterocolítica 0:5 em 2 doentes (1%) e anti-Yersinia pseudotuberculosis II e III, mas cada um destes serotipos ocorreu apenas uma vez (0.5%).

No quadro 2, apresentam-se os principais diagnósticos que determinaram a hospitalização, referentes aos doentes seropositivos.

QUADRO 2

	Idade	Sexo	D.principal	Serotipo	Título
1° JS	77	M	C.isquémica	0:5	1/320
2° FC	67	M	DPCO	0:9	1/2260
3° MAB	50	F	Úlcera péptica	0:9	1/640
4° APM	62	M	Tuberculose gangl.	0:9	1/640
5° MDN	75	F	IRC nefrolitíase	0:9	1/640
6° JP	62	M	D.Mellitus II	0:9	1/320
7° FA	66	F	AVC	0:9	1/640
8° MV	82	M	Neoplasia	0:9	1/640
9° MFB	35	F	Endocardite	0:9	1/320*
10° AC	69	F	T. Pulmonar	0:9	1/1280
11° MCAS	20	F	Artrite reactiva	0:9	1/1280*
12° CR	49	F	Colite	0:5	1/640*
13° JMC	27	M	Hepatite B	0:9	1/320
14° AZN	17	M	Inf. estreptocócica	PS I	1/320
15° VMS	18	M	Menin. purulenta	0:9	1/640
16° NJ	37	F	Hepatite alcoólica	PS II	1/320

\*Infecção aguda presuntiva por *Yersinia enterocolítica*, estabelecida pela correlação clínico-laboratorial e por exclusão de outras etiologias.

## CASOS CLÍNICOS

**1° CASO\*** — Maria C.S., doente sexo feminino, 20 anos, raça caucasiana, estudante, internada por febre e poliartrite migratória (2° dedo pé esquerdo, joelho e cotovelos esquerdos e punho direito) com 2 semanas de evolução.

Dos exames efectuados, realçou-se: VS - 90, TASO negativo, Huddleson negativo e hemoculturas também negativas. Estudo imunológico sem alterações e HLAB 27 negativo. A serologia para *Yersinia enterocolítica* (se-

rotipo 0:9) foi positiva com título 1/1280. Tratada com Ceftriaxone, por suspeita inicial de infecção gonocócica. Remissão das queixas articulares ao fim de um mês.

**2° CASO** — Emília R., doente sexo feminino, 49 anos, raça caucasiana, costureira, internada por diarreia sangüinolenta com 4 meses de evolução e anemia. Emagrecida e pálida ao exame objectivo, salientaram-se nos exames complementares: Hb - 9,5 g, VS - 70, Hemoculturas e coproculturas negativas, Huddleson e Widal também negativas, rectosigmoidoscopia sem alterações com exame histológico revelando proctite inespecífica. A serologia para *Yersinia enterocolítica* (serotipo 0:5) foi positiva com título de 1/640 no 1° e 2° mês. Regressão clínico-laboratorial completa, após tratamento com Doxiciclina durante 6 semanas.

**3° CASO** — Fernanda B., doente sexo feminino, 35 anos, raça caucasiana, doméstica, internada por Síndrome Febril Indeterminado. Ao exame objectivo apresentava-se febril (39°) com sopro sistólico II/VI na ponta e fervores nas bases. O ecocardiograma revelou vegetação aórtica com 8mm e fluttering diastólica do folheto anterior da válvula mitral. As hemoculturas eram persistentemente negativas.

Foi instituída terapêutica com penicilina G + Gentamicina sendo transferida para UCI por insuficiência cardíaca esquerda. Após colocação de dupla prótese mecânica mitro-aórtica é tratada com Imipenem e Amicacina, tendo alta assintomática à 7ª semana. Serologia positiva para *Yersinia enterocolítica* (serotipo 0:9) com títulos de 1/320, 1/640 e 1/1280, respectivamente à 1ª, 4ª e 6ª semana da doença.

## DISCUSSÃO

O género *Yersinia* que inclui várias espécies patogénicas para o homem e em particular a *Yersinia enterocolítica* tem vindo a ultrapassar nalguns países o isolamento da *Shigella* e a rivalizar com o *Campylobacter* e a *Salmonella*, como causa de gastroenterite aguda<sup>3</sup>.

A *Y. enterocolítica* tem sido isolada de vários reservatórios animais e a sua transmissão comprovada ao homem ocorre, principalmente, por ingestão de alimentos contaminados como a água e o leite<sup>4</sup>.

Não sendo conhecida a verdadeira prevalência da infecção por *Yersinia* no nosso meio, este estudo preliminar aponta para uma seroprevalência relativamente alta (8%), quando se consideram outros estudos epidemiológicos e efectuados a partir de coproculturas em doentes sintomáticos<sup>7-10</sup> o que sugere a necessidade da sua maior suspeição diagnóstica (Quadro 3).

Dos 16 resultados seropositivos, só os 3 casos referidos atrás, apresentavam manifestações clínicas compatíveis. Em todos eles o diagnóstico foi presuntivo, já que não foi possível isolar o agente nas fezes ou no sangue, por se tratarem de técnicas que exigem meios especiais<sup>5,11</sup>.

Enquanto que os dois primeiros tiveram apresentações mais habituais, artrite e enterocolite respectivamente, o caso de endocardite vem comprovar a gravidade que esta infecção pode assumir e da qual só vimos 5 casos descritos na literatura<sup>12,15</sup>. Em nenhum dos doentes se encontrou qualquer doença predisponente para esta infecção, nomea-

\* Foi este caso que justificou o estudo subsequente de seroprevalência.

damente doença hepática, alcoolismo, neoplasia, diabetes ou situação com sobrecarga de ferro<sup>5</sup>.

A seroprevalência encontrada neste estudo, a par da divulgação dos casos clínicos, chama a atenção para a necessidade de admitir o diagnóstico de infecção por *Y. enterocolítica* com maior frequência, mesmo perante quadros infecciosos menos vulgares.

QUADRO 3

País	Nº doentes	% coproculturas*
Canadá	6364	2,8
Holanda	827	2,9
Itália	2500	1,4
EUA	1262	0

\* Isolamento de *Y. enterocolítica* <sup>7,8,10,16</sup>

#### BIBLIOGRAFIA

- BUTLER P.: Principles and Practice of infectious diseases - 3 ed. 1990.
- TOIVANEN P., OLKKONEN L., TOIVANEN A., AANTAR S.: Hospital outbreak of *Yersinia Enterocolítica* infection - The Lancet, 1973; 14: 801-803.
- DEQUEKER J., JAMAR R., WALRAVENS M.: HLA - B27, Arthritis and *Yersinia Enterocolítica* Infection, J. Rheumatology 1980; 7:706 - 10.
- BECKER J.M. COMPTON C.: A 72 year old woman with abdominal pain and an ileocecal radiographic abnormality - The New England Journal of Medicine, 1990; 323: 12.
- COVER T.L., ABER R.C.: *Yersinia Enterocolítica*. The N Engl J of Medicine 1989; 321: 16-24.
- TACKET C.O., NARASIN J.P., SATTIN R., et al.: A Multi-state outbreak of infections caused by *Yersinia Enterocolítica* transmitted by pasteurised milk. JAMA, 1984; 251: 483-486.
- HOOGKAMP-KORSTANJE J.A.A., KONING J., SAMSON J.P.: Incidence of Human Infection with *Yersinia Enterocolítica* 03,08 and 09 and the use of indirect immunofluorescence in diagnosis. The Journal of Infectious Diseases, 1986; 153: 138-141.
- MINGRONE M.G., FANTASIA M., FIGURA N., GUGLIELMETTI P.: Characteristics of *Yersinia Enterocolítica* isolated from children with diarrhea in Italy Journal of clinical microbiology, 1987; 25: 1301-1304.
- TAUKE R.N., WAUTERS G., GOOSENS V., et al.: *Yersinia Enterocolítica* Infections and Pork: The Missing Link. The Lancet, 1987; 16: 1129-1132.
- DAJANI A.S., MAURER M.J.: Is *Yersinia Enterocolítica* Gastroenteritis a Canadian Disease? J. Pediatrics 1980; 97: 165-6.
- RATNAM S., MERCER E., PICCO B., et al.: A nosocomial outbreak of diarrheal disease due to *Yersinia Enterocolítica* serotype 0:5, biotype a. The Journal of Infectious Diseases, 1982; 145: 242-247.
- APPELBAUM J.S., WILDING G., MORSE L.J.: *Yersinia Enterocolítica* Endocarditis. Arch Inter Med 1983; 143: 2150-2151.
- WATANAKUNAKORN C.: Acute infective endocarditis due to *Yersinia Enterocolítica*. The American Journal of Medicine, 1988; 89: 723-724.
- URBANO-MARQUEZ A., ESTRUCH R., et al.: Infections endocarditis due to *Yersinia enterocolítica*. The Journal of Infectious Diseases, 1983; 148: 940.
- QUINSAT D., HARLE J.R., FOSSE T., et al.: Endocardite à *Yersinia Enterocolítica* sérotype 0:8. La Presse Médicale, 1986; 15: 487.
- MARKS M.I., PAI C.H., LAFLEUR L., ET al.: *Yersinia Enterocolítica* Gastroenteritis: A prospective study of clinical, bacteriological and epidemiologic features. The Journal of Pediatrics, 1980; 96: 26-31.