

122P

no 98
—
000

P
122

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TEMA: PNEUMONIA ESTAFILOCÓCICA E APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLINICO

PARTICIPANTES: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA STEIL

MARLIANE MULLER DE BARBA

PNEUMONIA ESTAFILOCÒCICA

INTRODUÇÃO

A pneumonia causada pelo estafilococo é uma afecção grave e bastante frequente na infância, sendo responsável por altos índices de morbidade e mortalidade.

O diagnóstico precoce permite um bom prognóstico, desde que se empreguem medidas eficazes, tais como: antibióticos, drenagens de coleções e a manutenção do estado geral.

Os dados clínicos associados à radiografia simples de tórax, permitem uma boa orientação na grande maioria dos casos, mesmo que não se consiga a identificação do germe em culturas.

INCIDÊNCIA

A maior incidência da pneumonia estafilocócica na faixa etária de 3 meses a 4 anos de idade, atingindo um percentual de 60%, e de 30% na faixa etária de 0 a 3 meses.

A sua incidência é maior no sexo masculino do que no feminino.

EPIDEMIOLOGIA

Os estafilococos tipos 80 e 81 são os mais frequentes associados a epidemias. Estas cepas, são adquiridas frequentemente em hospitais e são resistentes à penicilina G.

A transmissão se dá através das vias aéreas e pelo contato direto.

FISIOPATOGENIA

O estafilococo atinge os pulmões por duas vias: através da árvore brônquica e por via sanguínea; determinando áreas de consolidação com aspecto intensamente hemorrágico, abscessos pulmonares, pneumatoceles, empiema, pneumotórax e piopneumotórax.

A formação de pneumatoceles é interpretada de várias man-

neiras. Segundo Turner, as pneumatoceles representaram áreas de necrose focal no pulmão, em comunicação com um brônquio. Estas áreas poderiam conter secreção purulenta que drenariam através de um brônquio. Outros autores referem-se à pneumatocele como uma bolha de enfisema pulmonar intersticial e, provavelmente seria formada através da invasão estafilocócica na parede brônquica e tecido peribrônquico, produzindo reação inflamatória e abscessos. A perfuração da parede do abscesso permite a passagem de ar para o interstício. Por um efeito valvular o ar ficaria retido, produzindo cisto ou pneumatocele. Desta forma a bolha seria a manifestação secundária de uma infecção brônquica ou peribrônquica.

Estas pneumatoceles costumam evoluir bem, no entanto a evolução é prolongada, desde 4 semanas até vários meses.

Quando situadas na porção terminal de um brônquio, podem hiperinsuflar, rompendo para pleura e conseqüente derrame pleural ou pneumotórax.

QUADRO CLÍNICO

É variável. Pode iniciar com um quadro de infecção das vias aéreas superiores, uma febrícula que dura mais ou menos 6 dias, seguindo-se um quadro típico de pneumonia: Febre alta (39-40°C) ou hipotermia em lactentes, prostração, intensa irritabilidade, anorexia, pele pálida, tosse, vômitos, hipotensão, desidratação, choque algumas vezes, distensão abdominal, batimento de asa de nariz, respiração rápida-gemente, dispnéia, cianose peri labial, tiragem generalizada, taquicardia.

Outros sintomas: dor abdominal, simulando peritonite, diarreia, sinais de comprometimento do SNC, tais como: sonolência e convulsão.

O agravamento rápido do quadro, com dispnéia intensa e cianose, podem significar o aparecimento de pneumotorax ou piopneumotorax.

Na ausculta tem-se diminuição do murmúrio vesicular, aumento do fremito toraco vocal e estertores.

DIAGNÓSTICO

É feito através do quadro clínico e dos exames complementares: RX de tórax - as lesões no início da doença podem ser mínimas, lesões focais pequenas e rapidamente passarem para consolidações confluentes, com formação de pneumatoceles, empiema e pneumotorax, derrame pleural simples ou hipertensivo. Nas fases iniciais, o quadro radiológico pode não ser condizente com a gravidade do quadro clínico. Hemograma - apresenta leucocitose com neutrofilia e desvio para a esquerda. A neutropenia significa mal prognóstico. Anemia também pode ser encontrada e se desenvolve rapidamente. Bacterioscopia e Cultura - o material pode ser colhido por punção pulmonar. Se houver o crescimento de 100% Estafilococo aureus coagulase positivo, a pneumonia é por este agente.

COMPLICAÇÕES

Podem ser: a) Pulmonares - Pneumotorax decorrente da ruptura de uma pneumatocele; podem ser simples ou hipertensivo, neste caso tem-se uma dispnéia de início súbito, cianose, prostração e choque; ao RX tem-se balanço do mediastino. Empiema, resulta da rotura de um abscesso na cavidade pleural. Piopneumotorax, desenvolve-se quando o abscesso tem conexão com um brônquio. b) Cardíaca - Insuficiência Congestiva Secundária a um comprometimento pulmonar extenso. c) Intestinal - Colite necrotizante estafilocócica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

É feito com as pneumonias supurativas causadas pelos seguintes agentes: *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacterias*, *Pneumococo*, *Streptococo* e *Haemophilus influenzae*.

EVOLUÇÃO E TERAPÊUTICA

A evolução da pneumopatia estafilocócica, quando a terapêutica não é adequada, caracteriza-se pelo progresso acelerado dos sintomas, com comprometimento geral acentuado e alta taxa de complicações.

Mesmo quando o estafilococo é combatido por agentes ati-

vos, não se deve desprezar a possibilidade de aparecer algumas complicações extra pulmonares, como por exemplo: osteomielite, pericardite, septicemias.

A mortalidade ainda é relativamente elevada, principalmente em RN, lactentes, desnutridos ou portadores de doenças debilitantes.

O prognóstico a longo prazo é geralmente bom, até mesmo naqueles casos em que as lesões pleuropulmonares são extensas. A restituição anatômica e funcional parece ser integral, embora alguns autores as associem com o aparecimento de bronquiectasias.

Ao planejar a conduta terapêutica, deve-se comparar a eficácia dos diferentes anti bacterianos, isto é apenas um dos aspectos a considerar, pois não pode passar despercebida a sua incuidade, facilidade de administração e preço.

Estes agentes antimicrobianos devem ser introduzidos o mais precocemente, em virtude da rapidez com que o estafilococo produz necrose tecidual.

Enquanto aguarda-se o antibiograma, pode-se associar a PENICILINA CRISTALINA na dosagem de 100 - 500 mil Unid/Kg EV com a OXACILINA (100 - 200 mg/Kg/dia EV) ou a DICLOXACILINA (30-50 mg/Kg/dia).

Caso, na cultura, der estafilococos penicilino resistente, suspende-se a Penicilina Cristalina, caso contrário suspende se a Oxacilina.

A Lincomicina, Cefalosporina, Gentamicina e a Kanamicina, podem também serem empregados na terapêutica, em casos de resistência aos antibióticos acima citados.

A duração da terapêutica antimicrobiana deve ser individualizada para cada paciente. Pode variar entre 2 semanas e 2 mês ses dependendo da sensibilidade do micro organismo, da extensão, e características do comprometimento pulmonar, e presença ou ausência de complicações.

Além dos antibactericidas, toma-se medidas gerais tais como: Manutenção do Equilíbrio Hidroeletrolítico e Correção dos Distúrbios Ácido-Básico; Tenda Úmida de Oxigênio; Fluidificantes Orais; Antitérmicos e Analgésicos; Transfusões de Sangue nos ca-

tos de Anemia acentuada; Drenagem postural (abscessos sediados no segmento superior dos lobulos inferiores); Função e Drenagem nos casos de Derrame Pleural e Pneumotorax.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLINICO

Nº de Registro: 43402

Identificação: Z.O.P., 2 anos, Masculino, Prêto, Brasileiro, procedente de Tijuca.

Data da Internação: 05/8/76

Queixa Principal: Febre, cansaço, tosse seca, coriza.

HDA: Há 15 dias iniciou com febre alta, aparecendo logo a seguir dispnéia e tosse seca, sendo então hospitalizado por uma semana. Não havendo melhora dos sintomas foi enviado a este hospital.

Antecedentes Individuais: Gestação normal, não fez pré natal, idade gestacional = 9 meses. Parto por Cesárea, chorou logo que nasceu. DNPM: sentou sem apoio aos 4 meses, andou com 1 ano. Imunizações apenas a Antimeningocócica. Não apresentou nenhuma patologia. Alimentação: Leite Ninho 2 medidas, água fervida 200 ml, açúcar 1 colher de sopa; Sopa feita com leite mais aletria.

Antecedentes Familiares: Mãe com 38 anos, sofre de reumatismo, pai com 40 anos, sadio. Não tem irmãos.

Condições e Hábitos de Vida: Casa de madeira, úmida, água de cachoeira, sem fossa.

Exame Físico: Peso = 9500 gramas; T = 39,2°C; FC = 80 bpm; FR = 60 rpm. Estado geral regular, hidratado, desnutrido, lúcido, apático, indiferente, pálido, mucosas úmidas e hipocoradas, lesão eritematosa na região dorsal (miliária), subcutâneo presente e diminuído, turgor sem particularidades, músculos hipotróficos. Esqueleto, fâneros e gânglios sem particularidades. Fontanela fechada, cabelos secos e abundantes. Face, Orofaringe e Pescoço sem particularidades. Tiragem intercostal, estertores sub crepitantes e crepitantes à direita, diminuição do murmúrio vesicular, macicez no hemi torax direito. Bulhas mormofonéticas. Abdome plano, indolor a palpação, fígado palpavel a 2 dedos abaixo da borda costal direita, na linha hemi clavicular. Apresenta fimose. Membros sem particularidades. Ausência de sinais meníngeos. Impressão geral regular.

Exames Complementares solicitados: RX de Tórax, Hemograma com plaquetas e reticulócito, Parcial de Urina, Parasitológico de fezes, Proteínas totais, Sorologia para Lues e PPD.

Evolução: 5/8/76 - O RX mostrou pulmão esquerdo normal, coração normal, derrame pleural à direita. Foi feito então o diagnóstico de Broncopneumonia com DP à direita mais Desnutrição. Realizado punção pleural. Iniciou-se o tratamento com Frademicina na dosagem de 300 mg de 12/12 horas, porém o quadro clínico não se alterou.

6/8/76 - Paciente apresentando o mesmo quadro clínico. Resultados dos exames complementares: Hemograma - Hemácias= 3.900.000/mm³, Hb= 11,4 g%, Ht= 34%, Leucocitos= 15.000/mm³, Eosinófilos= 2%, Linfócitos= 56%, Monócitos= 6%, Segmentados= 34%, Bastões= 2%, Plaquetas= 300.000/mm³, Reticulócito= 1,5%. Parcial de Urina - Germes ++, Muco ++. Proteína total= 6,88 g%, Albumina= 3,68 g%, Globulina= 3,20 g%, A/G= 1. Parasitológico de fezes= Áscaris.

10/8/76 - O resultado da Bacterioscopia e Cultura do líquido obtido através da punção pleural foi que na Bacterioscopia observou-se a presença de cocos com as características morfológicas e tintoriais do Estafilococo ++++; em cultura não houve desenvolvimento. Com isto chegou-se a um diagnóstico definitivo de Pneumonia Estafilocócica mais Derrame Pleural à direita. A terapêutica foi mudada, sendo administrado Kefasol 250 mg IM de 6/6 horas, tendo-se uma melhora progressiva de quadro clínico e das alterações radiológicas.

25/8/76 - Paciente recebe alta, estando assintomático e apresentando apenas ao RX, como consequência do DP, um pequeno espessamento pleural marginal à direita.

CONCLUSÕES

Comparando o caso clínico com a literatura pesquisada, concluímos:

- 1) A Pneumonia Estafilocócica incide com maior frequência no sexo masculino e na faixa etária de 3 meses- 4 anos. O paciente estudado, encontra-se dentro destes 2 parâmetros.
- 2) É uma patologia que ocorre com frequência em crianças desnutridas.

3) Nem sempre o quadro radiológico caracteriza bem uma Pneumonia Estafilocócica.

4) A punção pleural com a Cultura e a Bacterioscopia dão o diagnóstico de certeza, determinando o agente etiológico, responsável pela pneumonia.

5) A evolução nos casos em que se associam complicações, é prolongada. No caso clínico estudado observou-se uma boa evolução.

6) A instituição precoce e adequada das medidas terapêuticas, levam a uma regressão rápida das lesões pulmonares e do quadro clínico, além de evitar a instalação das complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) FANCONI, G. WALLGEN, A. Tratado de Pediatria. Barcelona. Editorial Científico Médica, 1960.
- 2) ALCANTARA de PEDRO, MARCONDES EDUARDO. Pediatria Básica, Vol. 2 - 1970.
- 3) NELSON, WALDO E. Tratado de Pediatria, 1960.
- 4) NOBREGA, FERNANDO JOSÉ & cols. Revista ARS CVRANDI, abril de 1975.
- 5) RIBEIRO, THEOTONIO MIRANDA. Revista Clínica Geral, junho de 1975.

TCC
UFSC
PE
0122

N.Cham. TCC UFSC PE 0122
Autor: Steil, Maria Apare
Título: Pneumonia estafilocócica e apres



972804281

Ac. 253766

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM