

## Perforação intestinal uma complicação da febre tifoide

*Intestinal perforation a complication of typhoid fever*

MSc. Carlos Castillo-López, <https://orcid.org/0000-0002-6544-0870>

*carloscastillol@infomed.sld.cu*

MSc. Orliany Alboniga, <https://orcid.org/0000-0002-2411-4016>

*orliany.alboniga@gmail.com*

Lic. Aliona Tamayo-Barriento, <https://orcid.org/0000-0003-0577-1181>

*tamayobarriento@gmail.com*

Lic. Lesyanis Miranda-Tamay, <https://orcid.org/0000-0001-8809-0052>

*esyanim@infomed.sld.cu*

**Instituto Superior Politécnica do Bie, Angola**

### Resumo

A febre tifoide é uma enfermidade infectocontagiosa produzida pela bactéria *Salmonella typhi*, é mais freqüente em meninos, adolescentes e adultos jovens. Por sua alta incidência em regiões rurais de Angola se pretende descrever a evolução de um caso de febre tifoide em um escolar na província do Bié. Consultee a bibliografia relacionada com o tema onde existiram pontos de coincidência como o tempo de evolução da enfermidade que na maioria acodem tardiamente à área de saúde; quanto aos signos e sintomas mais freqüentes resultando a dor abdominal o mais reportado. Em relação à quantidade de perflorações intestinais se destaca que prevalece mais uma única perforação, a técnica cirúrgica mais utilizada é a sutura primária com a ressecção de borde e a complicação pós-operatória que se apresentou foi an infeção da ferida cirúrgica.

**Palavras clave:** febre tifóidea/dor, abdominais/perforação, intestinais/suture primaria infeção da ferida cirúrgica.

### Abstract

Typhoid fever is an infectious disease produced by the bacterium *Salmonella typhi*; it is more frequent in children, adolescents and young adults. Due to its high incidence in rural regions of Angola, we intend to describe the evolution of a case of typhoid fever in a schoolchild in the province of Bie. The bibliography related to the subject was consulted, where there were points of coincidence such as the time of evolution of the disease that in the majority come late to the health area; as for the most frequent signs and symptoms, the abdominal pain being the most reported. Regarding the number of intestinal perforations, it is highlighted that more than a single perforation prevails; the most used surgical technique is the primary suture with edge resection and the postoperative complication that presented itself due to infection of the surgical wound.

**Keywords:** typhoid fever/abdominal pain/perforation intestinal/primary suture/surgical wound infection.

**Introdução**

A febre tifóide é uma enfermidade infectocontagiosa produzida por uma bactéria denominada *Salmonella Typhi*. É mais frequente em meninos, adolescente e adulto jovem. Não existe reservatório animal pelo que as duas fontes de contágio são os pacientes com enfermidade aguda e os portadores crônicos. O mecanismo de transmissão pode ser directo via feco-oral do doente ao portador e seus contactos. O mecanismo indirecto de transmissão é mais frequente, mediante a água para consumo acidentalmente poluída com material fecal humano ou alimentos poluídos. A bactéria entra por via digestiva, alcançando o intestino magro, de onde penetra na corrente circulatória. CAV-AEP (2020)

A febre tifóide é identificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema sério de saúde pública, com 16 a 33 milhões de casos estimados no mundo cada ano, mediando os 22 milhões, causando 216 000 mortes. Sua incidência é maior em meninos em idade escolar e adultos jovens. WHO (2018)

A enfermidade está quase ausente nos países desenvolvidos, mas ainda é frequente nos países em desenvolvimento. Sua prevalência é frequente no sudoeste da Ásia, Agarrava Central, alguns países da América do Sul, e África Subsahariana. Países como o Chile, na América do Sul obtiveram em poucos anos reduzir eficazmente a incidência, obtendo no ano 2006 uma taxa histórica de 1,2 por cada 100 000 habitantes. Multicentre Cohort Study (2018). Na Espanha a incidência segundo Centro Nacional da Epidemiologia (CNE) é escassa registrando-se em 2004 uma taxa de 0,25 casos por 100 000 habitantes. CNE (2017).

A última epidemia da que se tem notícia teve lugar na República Democrática do Congo entre 2004-2005, a qual reportou mais de 42 000 casos, dos quais morreram 214. Gallego e Amado (2015)

A perfuração intestinal é uma complicação grave, muitas vezes mortal, da febre tifóide. Em países do continente africano, existe uma elevada incidência, sobre tudo nas zonas rurais e constitui uma das causas mais comuns de emergência cirúrgica do espaço gastrointestinal. Brismat et al. (2019)

Em Angola como país africano não escapa da incidência elevada desta patologia e de sua complicação mais frequente, sobre tudo em meninos. Neste trabalho se pretende socializar a experiência vivida pelos autores na província do Bié, Angola com o objetivo de descrever a evolução de um caso de febre tifoide em uma escola.

### **Apresentação do caso**

Paciente homem de 6 anos natural e procedente do Andulo, município da província Bié, Angola; sem antecedentes patológicos relevantes, com um tempo de enfermidade de aproximadamente 10 dias caracterizado por febre, hematoquezia, cefaleia global severo, dispepsia e dor abdominal. Inicia o quadro com febre de 38.5 e 39.8°C que seque parcialmente com antipiréticos orais. A febre se apresenta ao longo de todo o dia. Refere além disso, “sensação de plenitude”, dispepsia, arrotos, náuseas e vômitos biliosos. O paciente persiste febril, com dispepsia e se acrescenta hiporexia marcada.

O dia do ingresso apresenta dor abdominal intenso tipo cólico difuso associado a “sensação de defecar”, apresentando imediatamente depois um primeiro episódio de hematoquecia não quantificada. A dor abdominal persiste com as mesmas características. Meia hora depois apresenta um segundo episódio de hematoquecia, de um volume aproximado de 900 cm<sup>3</sup>. Por este motivo é levado a Hospital Geral do Bié.

Na avaliação inicial no hospital se comprova uma pressão arterial em 80/50 mm do Hg, frequências cardíacas em 100 por minuto, frequência respiratória em 24 por minuto, temperatura 38°C, saturação de oxigênio 98%. Ao exame se evidenciam ruídos cardíacos rítmicos, de intensidade diminuída, taquicárdicos. Abdômen globuloso, não depressível, sem ruídos hidroaéreos, doloroso a palpação.

### **Os diagnósticos de ingresso foram: Hemorragia digestiva baixa de alto risco e shock hipovolémico**

Os exames de laboratório do ingresso identificaram os seguintes resultados:

(hemograma sem leucocitose, com separação esquerda, não eosinofilia; aglutinações 1/80 não determinantes) há alta suspeita de que se trate de um quadro de febre tifóide complicada com ulceração íleo-colónica.

O paciente é hospitalizado no UCI. A condição clínica do paciente continua deteriorando-se, persiste hipotenso com uma pressão arterial de 80/40 mm do Hg apesar da transfusão de dois pacotes globulares, expansores do plasma e de uma reposição agressiva de fluídos por 2 vias periféricas.

No UCI, encontra-se o paciente em mal estado geral, sonolento, que acordada ao chamado. Palidez marcada, frieza distal, cheio capilar lento. Ruídos cardíacos taquicardíacos, de baixa intensidade, pulsos periféricos diminuídos de intensidade. Abdômen globuloso, não depressível, doloroso. Indica-se interconsulta a infectologia, e se decide que em função dos resultados de laboratório do ingresso. Indica tomar dois hemocultivos e logo iniciar terapia antibiótica com ciprofloxacino 400 mg endovenoso cada 12 horas.

Persiste instabilidade hemodinâmica com anemia aguda e coagulopatia de consumo secundária. No UCI, apresenta um novo episódio de hematoquecia. O sangramento total até este momento é aproximadamente 2.5 litros em 5 horas. Procede-se a colocar cateter venoso central para manejo de pressões. Neste momento se evidencia a necessidade iminente de cirurgia para deter o sangramento. Realiza-se junta médica com cirurgião, infectologista, gastroenterólogo e intensivista e se decide que a melhor opção é o tratamento cirúrgico. Iniciam-se corticoides por ser quadro altamente provável de tifoide complicada com curso desfavorável.

Uma hora depois ingressa na sala de operações onde baixo anestesia geral se procede a realizar laparotomia exploratória com ressecção de íleo terminal e cólon ascendente mais anastomoses término lateral de íleo com cólon transversal, drenagem de cavidade e fechamento como planos. O tempo operatório foi de 1 hora 10 minutos. Envia-se íleo terminal e cólon ascendente a estudo de anatomia patológica.

O diagnóstico post operatório foi de enterorragia tífica. Amplia-se esquema de cobertura antibiótica a ciprofloxacino 400 mg endovenoso cada 12 horas mais metronidazol 500 mg endovenoso cada 8 horas.

O paciente permanece hospitalizado este dia logo depois da intervenção cirúrgica. No segundo dia post operatório se recebe o relatório de hemocultivo com resultado positivo para o *S. typhi* sensível ao esquema antibiótico usado.

Logo depois do qual o paciente evolui favoravelmente e é dado de alta ao oitavo dia post operatório, citando-se o logo para controle ambulatorio.

O prova litográfica de patologia macroscópica mostra fragmento de íleo terminal de 27 cm. de longitude por 2 cm. de diâmetro. Serosa Lisa com áreas congestivas e

hemorrágicas. No meso se identificam três gânglios linfáticos que variam entre 0.8 a 2.5 cm. Mucosa rosada e congestiva. Cólon ascendente de 18 cm. de longitude por 4 cm. de diâmetro, com uma serosa difusamente congestiva. Na malha peri colónico se identificam múltiplos gânglios que variam entre 0.3 a 1.5 cm. A mucosa colónica é difusamente congestiva com múltiplos lese circulares, de borde elevados com uma úlcera central. Estas lesões medem entre 0.3 a 1.4 cm. Além disso se recebe porção de epíloon de 8 x 6 x 3 cm., com focos hemorrágicos.

O prova litográfica de patologia microscópica de íleo terminal e cólon ascendente mostra mucosa de cólon ascendente com múltiplos úlceras e inflamação. Necrose da mucosa e submucosa, consistentes com úlceras tíficas. Adenites de gânglios linfático.

**Figure 1. Ressecção de íleo terminal e cólon ascendente mais anastomoses término lateral de íleo com cólon transverso**



**Figure 2. Drenagem de cavidade**



**Figure 3. Infecção da ferida**



### **Discussão**

O paciente tem 6 anos, apresentou febre elevada prolongada, assim como dor abdominal intensa e com uma evolução da enfermidade de 10 dias até ser remetido ao hospital. Na revisão bibliográfica estes sinais e sintomas; são os mais frequentes nesta patologia, embora a febre não lhe dá muita importância pela frequência de paludismo nesta zona geográfica. Brismat et al. (2019); Guibert et al. (2021); embora com respeito à idade há diferenças pois Brismat et al. (2019) reportaram uma maior prevalência no grupo etário compreendido entre 25 a 50 anos de idade, com um 43,4 % e um meio de 29,3 anos de idade; Gonzalez et al. (2015) refere-se à idade de 10 a 14 anos de idade como mais frequente; enquanto que a idade que apresenta o paciente coincide com o reportado pelo Guibert et al. (2021).

Tendo em conta as bibliografias consultadas Gonzalez et al. (2015); Grieco et al. (2019) não existe diferença significativa quanto ao sexo pois uns autores expõem que é mais frequente no sexo feminino Brismat et al. (2019); Guibert et al (2021), entretanto, lhe dá maior predomínio ao masculino em outros. Solarana et al. (2019); Multicentre Cohort Study (2018)

Reportou-se na literatura mundial que a taxa de perfuração intestinal varia desde 2.8% até 10.5% Ouedraogo e Zida (2017) e que em conjunto, os países em vias de desenvolvimento e africa em particular, apresentam taxas anuais de perfuração típica de 540 e 1020 por 100 000 habitantes respetivamente. Kambire et al. (2017). Durante a intervenção se devem examinar o íleo, cego e intestino grosso proximal em busca de ulcerações ou perfurações. Na literatura se reporta uma maior frequência de uma única perfuração intestinal por febre tifóide Brismat et al. (2019); Guibert et al. (2021);

Solarana et al. (2019), o qual se assemelha aos resultados da presente investigação. Os autores consideram que o tempo de evolução da patologia incide no número de perfurações não sendo assim o estado sistêmico do paciente e a localização da perfuração na cavidade peritoneal.

Em relação à técnica operatória, se estivermos frente a um sangramento intestinal incontrolável que já pôs em jogo a sobrevivência do paciente e por outro lado está já demonstrado que podem ver-se úlceras a partir do ílion terminal até o cólon ascendente, e é difícil precisar já seja por colonoscopia ou angiografia o ponto exacto de sangramento para fazer uma cirurgia conservadora Grieco et al. (2019) o aconselhável é, já que igual estamos submetendo ao paciente a um estresse cirúrgico acrescentado, lhe oferecer a possibilidade de um controle definitivo do sangramento. O procedimento definitivo vai depender do número de perfurações, a distância entre elas e a válvula ileocecal, o estado da cavidade abdominal e o estado general do paciente e a perícia do cirurgião. Guibert et al. (2021); Gonzalez et al. (2015).

Na literatura consultada a ressecção dos borde e a sutura primária em dois planos é o proceder mais usado a nível mundial. Kambire et al. (2017); Grieco et al. (2019); Bravo et al. (2002); Gonzalez et al. (2015) coincidindo com os resultados do presente estudo.

As complicações pós-operatórias mais frequentes reportadas pela bibliografia consultada são a infeção da ferida, o hematoma, o abscesso intra-abdominal e a morte Guibert et al. (2021); Solarana et al. (2019); Multicentre Cohort Study (2018); Ouedraogo e Zida (2017); Kambire et al. (2017); Gonzalez et al. (2015) preponderando a infeção da ferida cirúrgica, estes resultados coincidem com os obtidos na presente investigação.

### **Conclusões**

As perfurações do íleo por febre tifóide são muito frequentes em Angola, principalmente em meninos e adultos jovens existindo tardança em ir ao centro de saúde, o que ocasiona um agravamento do estado do paciente; são mais frequentes uma única perfuração e a técnica cirúrgica mais utilizada é a sutura primária com ressecção de borde. Em relação às complicações pós-operatórias na infeção da ferida cirúrgica é a que prepondera na maioria dos casos.

### **Conflito de interesse**

Não há conflitos de interesse entre os autores e a contribuição de cada autor.

**Contribuição de autoria**

Na pesquisa realizada, trabalhamos em equipe, e cada autor contribuiu de acordo com seu conhecimento. As tarefas distribuíram-se da seguinte forma: Autor 1. -Elaboração do resumo, introdução, pesquisa de informação bibliográfica. Autor 2. - Desenvolvimento, discussão – busca de informação bibliográfica, Autor 3. - Busca de informação bibliográfica 4. - conclusões e referências bibliográficas.

**Referências bibliográficas**

1. Bravo, Pérez, R., Puga Torres, M, S., Barreiro, Viera, D., & Nodarse, Hernández, R. (2002). Presentación de un caso atípico de fiebre tifoidea. *Rev Cub Med Mil*, 31(1), 54-57.
2. Brismat Remedios I, Gutiérrez Rojas AR, Álvarez Mesa M, González Sosa G, Morales de la Torre R. (2020). Resultados quirúrgicos de la perforación por fiebre tifoidea en un entorno rural de Angola. *Arch Hosp Calixto García*, 7(3), 402-410.
3. Centro Nacional de Epidemiología. *Boletín epidemiológico semanal*. Semana 52 de 2017. <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnico...>
4. Collaborative. (2018). Management and outcomes following surgery for gastrointestinal typhoid: An International, Prospective, Multicentre Cohort Study. *World J Surg*, 43(3), 3179 -88. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4624-8>
5. Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). (2020). Fiebre tifoidea. *Manual de vacunas en línea de la AEP*; mar/2020. <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-25>
6. Gallego RB, Amado JA. (2015). Tratamiento quirúrgico de la peritonitis por fiebre tifoidea en un hospital de Mozambique. *Rev Electr Dr Zoilo Marinello Vidaurreta*, 40(10), 1-5.
7. Global Surg Collaborative. Management and Outcomes Following Surgery for Gastrointestinal Typhoid: An International, Prospective, Multicentre Cohort

- Study. *World J Surg*, 42, 3179–3188. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4624-8>
8. González Constantén, J., Hernández Pérez, I., & Machado Fuentes, E. (2015). Sutura primaria en la población infantil con perforación intestinal por fiebre tifoidea. *Correo Científico Médico*, 19(2).
  9. Guibert Adolfo, L.A et al. Caracterización de la perforación intestinal por fiebre tifoidea en Lunda Norte, Angola. *Rev. Portales Medicos.com*, XVI(23), 1088.
  10. Grieco M, P, G., and Lambiase, L, Cassini D. (2019). Jejunal multiple perforations for combined abdominal typhoid fever and miliary peritoneal tuberculosis. *Pan African Medical Journal*, 33(1), 51.
  11. Kambire OS, Ouedraogo E, Ouangre SS. Resultados del tratamiento de perforaciones tificas ileales: Alrededor de 29 casos en Ouahigouya ( Burkina Faso). *Bull Soc pathol Exot.* 2017;110(5):298-99. <https://doi.org/10.1007/s13149-017-0579-5>
  12. Ouedraogo OE, Zida M. Características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la perforación intestinal tifoidea en un entorno rural de Burkina Faso. *Med Sante Trop.* 2017;27(1):67-70. <http://doi: 10.1684 / mes.2017.0661>
  13. Solarana Ortiz A., Di Makaia N., Suárez Lescay C., and Pérez Pupo, A. (2019). Caracterización de pacientes operados por peritonitis secundaria a fiebre tifoidea. Hospital Central de Huambo, Angola. *Correo Científico Médico*, 23(4), 1902-1916.
  14. World Health Organization (WHO). *Typhoid*. (Last updated January 2018). [http://www.who.int/biologicals/areas/vaccines/TYPHOID\\_BS2215\\_doc\\_v1.14](http://www.who.int/biologicals/areas/vaccines/TYPHOID_BS2215_doc_v1.14)  
[W...](#)