

*Apresentação de caso*

## **Abscesso epidural por *Salmonella enteritidis* em paciente com lúpus eritematoso sistêmico**

### **INTRODUÇÃO**

É bem conhecido que as muitas e variáveis manifestações do lúpus eritematoso sistêmico (LES) podem iludir os clínicos, levando a um atraso no diagnóstico de uma patologia infecciosa<sup>(1)</sup>. Acredita-se que pacientes com LES apresentem um maior risco de infecções por *Salmonella*<sup>(2)</sup>, uma bactéria gram-negativa encontrada amplamente no meio ambiente e frequentemente responsável por infecções causadas por alimentos ou água contaminados. Apesar de sua ampla disseminação, infecções ósseas e de partes moles causadas por essa bactéria são extremamente raras, sendo que a osteomielite por salmonela ocorre em menos de 1% dos casos de disseminação hematogênica<sup>(3,4)</sup>, embora seja uma entidade bem conhecida quando associada à anemia falciforme, com diversos casos relatados<sup>(5)</sup>. O abscesso epidural (AE) é uma condição por si só bastante inusitada e extremamente rara quando a salmonela é o agente etiológico. O diagnóstico de infecção epidural deve ser suspeitado com base nas manifestações clínicas e confirmado por exames de imagens e de laboratório, mas algumas vezes o diagnóstico só é possível através de procedimento cirúrgico<sup>(6)</sup>, com alta morbidade e mortalidade quando diagnosticada em estágios avançados.

### **RELATO DO CASO**

Mulher branca de 69 anos foi encaminhada ao nosso serviço com histórico de dor lombar há 15 dias e dispnéia progressiva aos esforços, após ter sido tratada noutro centro clínico como um quadro de pneumonia, tendo recebido levofloxacina. Vinha sendo acompanhada como enferma lúpica há 34 anos, com osteoporose estabelecida com fratura vertebral, recebendo como tratamento, além de medicação para osteoporose, ciclofosfamida, devido a uma bronquiolite exsudativa, descontinuada após o diagnóstico de pneumonia. O quadro algóico dorsal apresentou piora progressiva, com importante exacerbação nos últimos três dias quando a paciente foi inter-

**Daniel Brito de Araújo**

**Nafice Costa Araújo**

*Médicos reumatologistas do Serviço de Reumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE- SP - "FMO").*

**Ludmila Daolio**

*Médica reumatologista. Ex-aluna do Curso de Especialização do Serviço de Reumatologia do HSPE-SP "FMO".*

**José Carlos Mansur Szajubok**

*Médico encarregado da Enfermaria do Serviço de Reumatologia do HSPE-SP- "FMO".*

**William Habib Chahade**

*Diretor do Serviço de Reumatologia do HSPE-SP - "FMO".*

nada em nossa enfermaria. Dois dias após sua admissão, a paciente iniciou febre, hipotensão, linfopenia e aumento das proteínas de fase aguda do soro, sendo iniciado tratamento com vancomicina e cefepime, enquanto se aguardava resultados de hemoculturas e de urocultura. A hemocultura positiva para *Salmonella enteritidis* foi observada três dias após início da incubação. Em menos de 24 horas a paciente apresentou fraqueza em membros inferiores, evoluindo rapidamente dentro de algumas horas com paraplegia. Foi realizada uma tomografia computadorizada (TC) que levantou a suspeita de um AE próximo a um sítio de fratura vertebral dorsal por fragilidade óssea, tendo o diagnóstico sido confirmado por ressonância magnética (RMN) (Figura 1). A paciente foi então submetida à intervenção cirúrgica de emergência com drenagem do abscesso e iniciada antibioticoterapia específica, com melhora da paraplegia. Iniciou-se fisioterapia, precocemente, e seis meses após a cirurgia a paciente se apresentava com melhora total do quadro de paraplegia, deambulando já sem o auxílio de órtese e com nova RMN de controle muito satisfatório. A paciente não apresentava dados significativos para



**Figura 1** - Abscesso comprimindo a medula, localizado no nível de uma fratura vertebral.

hemoglobinopatia e a investigação adicional para anemia falciforme foi negativa.

## DISCUSSÃO

Pacientes com LES têm um risco elevado de infecções, sendo uma das principais responsáveis pelo aumento na mortalidade desses pacientes. Os principais fatores predisponentes para infecção são a atividade de doença, com depressão da resposta imunecelular e deficiência da capacidade de opsonização, o uso de terapia imunossupressora e as complicações decorrentes de danos provocados pelo LES, tais como a uremia<sup>(7)</sup>. Além disso, o LES está entre as doenças que se acredita ser suscetíveis às infecções severas por salmonela<sup>(2)</sup>.

Infecções extraintestinais por *Salmonella* são relativamente frequentes em pacientes imunossuprimidos e, de acordo com Tsao et al., a salmonela está entre as infecções bacterianas oportunistas mais comuns vistas em casos de LES fatal<sup>(7)</sup>, embora essa associação tenha sido questionada<sup>(8)</sup>. O lúpus por si só, acompanhado de funções deficientes dos sistemas imunecelulares e reticuloendotelial, altas doses de corticoides, hemólise, insuficiência renal e uremia, constitui-se em fatores de risco importantes para que seus enfermos desenvolvam infecção por *Salmonella*<sup>(2,10)</sup>.

Um dos maiores fatores de risco para osteomielite por *Salmonella* é a presença de anemia falciforme, porém a patogênese desta predisposição ainda não está bem definida, sendo decorrente provavelmente de defeitos imunológicos e outras causas ainda não elucidadas<sup>(3,5)</sup>. O comprometimento vertebral é uma implicação muito mais rara do que o envolvimento de outros sítios

ósseos, sendo sua primeira descrição, em 1957, em um paciente negro com doença falciforme e envolvimento de múltiplas estruturas ósseas<sup>(9)</sup>.

A infecção da coluna vertebral é um evento raro em pacientes imunossuprimidos e mesmo em pacientes imunocompetentes, sendo seu diagnóstico adequado muitas vezes retardado ou até mesmo não sendo levantada nunca essa suspeita clínica etiológica<sup>(3)</sup>. O AE é uma entidade bastante rara, geralmente localizada no espaço epidural dorsal da porção média da coluna torácica ou da região lombar baixa; seu agente etiológico mais frequente é o *Staphylococcus aureus* e, geralmente, por disseminação hematogênica da pele, trato urinário ou foco respiratório<sup>(6)</sup>. Entretanto, em mais de 50% dos casos a fonte primária não é encontrada<sup>(6)</sup>. O diagnóstico apropriado de AE permanece um desafio médico, devido à sua raridade e a inespecificidade de sua apresentação clínica e achados laboratoriais, causando comumente um atraso importante no diagnóstico e um tratamento inadequado, o que predispõe a sequelas neurológicas irreversíveis ou até mesmo a morte do paciente.

A maioria dos pacientes com AE têm um ou mais fatores predisponentes, como uma doença de base (diabetes, alcoolismo, imunodeficiências ou uso de drogas intravenosas), uma anormalidade da coluna ou histórico de intervenção ou uma fonte local ou potencial de infecção<sup>(6)</sup>. Em um terço dos casos a bactéria alcança o espaço epidural através de disseminação contígua e em 50% dos casos através de disseminação hematogênica<sup>(6)</sup>. Em nosso caso foi impossível determinar se o sítio primário de infecção foi o trato gastrointestinal, já que cultura de fezes não foi realizada.

A infecção epidural pode lesar diretamente a medula através de compressão mecânica ou indiretamente como resultado de oclusão vascular causada por tromboflebite séptica. Os sintomas mais comuns de um AE são: dor lombar (três quartos dos pacientes), febre (cerca de metade) e déficit neurológico (um terço dos pacientes), entretanto esta tríade está presente em apenas uma minoria dos casos<sup>(6)</sup>.

O melhor tratamento para o AE permanece uma incógnita devido à dificuldade em realizar trabalhos bem conduzidos em patologias raras, além das dificuldades inerentes à realização de um diagnóstico precoce, assim como pelo alto risco envolvido. Alguns trabalhos abertos, com pequeno número de pacientes, mostram que naqueles sem envolvimento neurológico ou com envolvimento mínimo, com abscessos pequenos, pode-se optar por tratamento conservador, apenas com antibióticos endovenosos. Entretanto, mesmo com antibioticoterapia

adequada alguns pacientes desenvolvem deterioração neurológica. Nesses casos, o rápido reconhecimento e intervenção cirúrgica associados a antibióticos por períodos prolongados são a base de um tratamento de sucesso. O fator prognóstico mais importante para um bom desfecho neurológico é a condição neurológica imediatamente após a cirurgia<sup>(6)</sup>.

Em nossa paciente a infecção estava localizada em um local de dano vertebral prévio, uma característica bem reconhecida da infecção por salmonela<sup>(2)</sup>. Este caso revela que, embora o diagnóstico de AE possa ser difícil devido à sua apresentação insidiosa e que o reconhecimento de infecção em pacientes lúpicos pode ser retardado muitas vezes pela similaridade entre os sintomas infecciosos e os de atividade da doença, sua identificação precoce e pronta intervenção podem levar a uma recuperação completa ou com disfunção mínima.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wu KC, Yao TC, Yeh KW, Huang JL. Osteomyelitis in patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2004 Jul; 31(7):1340-3.
2. Lovy MR, Ryan PFJ, Hughes GRV. Concurrent systemic lupus erythematosus and salmonellosis. *J Rheumatol* 1981 Jul-Aug; 8(4):605-12.
3. Chang IC. *Salmonella spondylodiscitis* in Patients without Sickle Cell Disease. *Clin Orthop Rel Research* 2005; 430:243-247.
4. Saphra I, Winter JW. Clinical manifestations of Salmonellosis in man: An evaluation of 7779 human infections indentified at the New York Salmonella Center. *N Eng J Med* 1957; 256:128-134.
5. Weiss H; Katz S. Salmonella Paravertebral Abscess and Cervical Osteomyelitis in Sickle-Thalassemia Disease. *Southern Med Journ* 1970; 63:339-341.
6. Darouiche RO. Spinal Epidural Abscess. *N Eng J Med* 2006;355:2012-20.
7. Tsao CH, Chen CY, Ou LS, Huang JL. Risk factors of mortality for salmonella infection in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2002; 29:1214-1218.
8. Pablos JL, Aragon A, Gomez-Reino JJ. Salmonellosis and systemic lupus erythematosus. Report of ten cases. *Br J Rheumatol* 1994 Feb; 33(2):129-32.
9. Hughes JG; Carroll DS. Salmonella Osteomyelitis Complicating Sickle Cell Disease. *Pediatrics* 1957; 19:184-18.
10. Abramson S, Kamer SB, Radin A, Holzman R. Salmonella bacteremia in SLE. *Arthritis Rheum* 1985; 28:75-9.