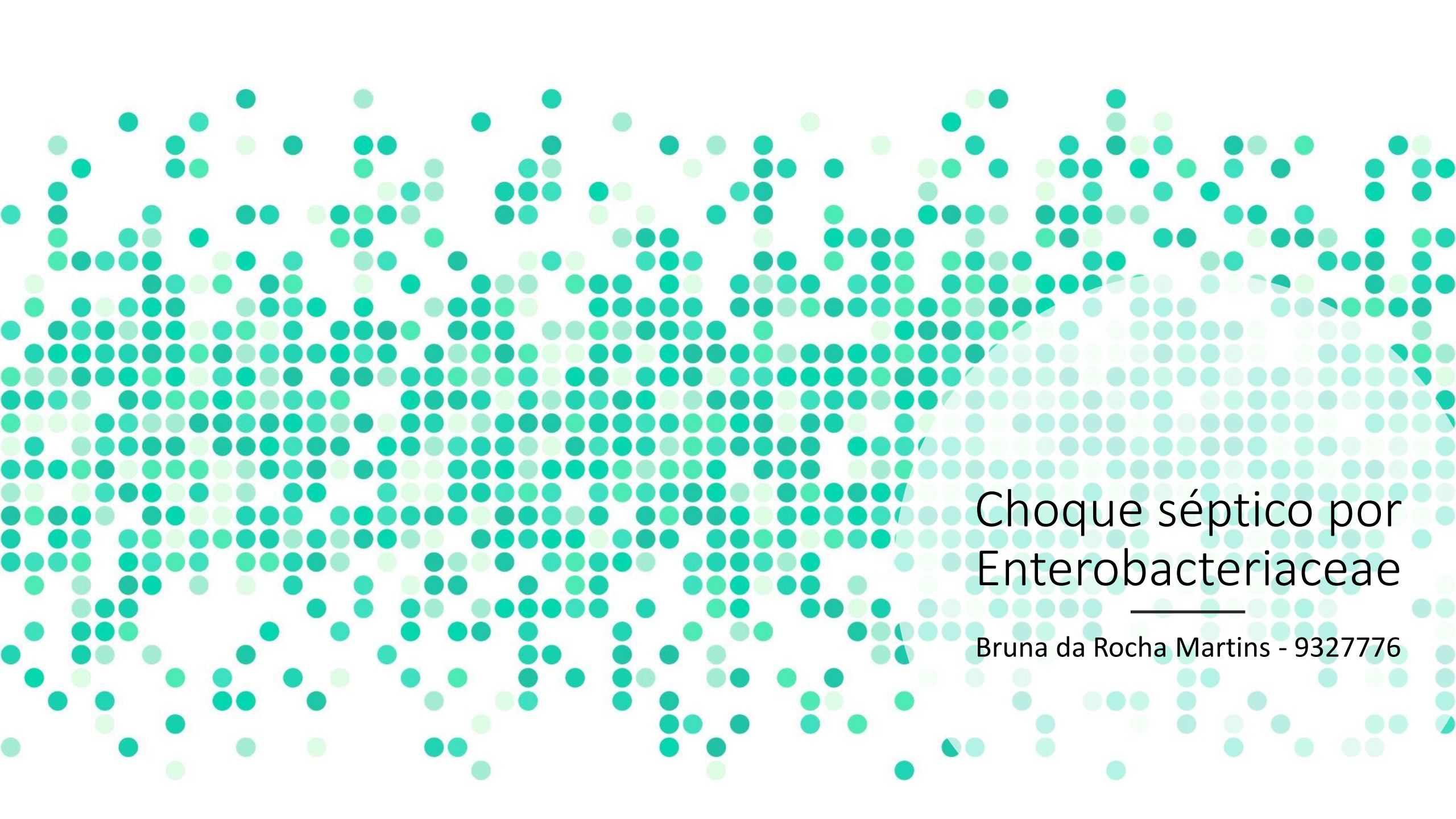




Choque séptico por Enterobacteriaceae

Bruna da Rocha Martins - 9327776

Apresentação do paciente

A.S, masculino, 47 anos, diabético tipo 1.

Admitido no hospital com histórico de dor abdominal difusa, forte intensidade → 30 dias.
Acompanhado de náuseas, astenia, anorexia e perda de 10kg.

Após 1 semana houve distensão abdominal, exoftalmia importante do olho esquerdo e edema em membros inferiores.

Um ou ambos os olhos saltados.

EXAME FÍSICO INICIAL



Paciente estava desorientado, afebril, hipocorado, acianótico, anictérico, edema nos membros inferiores, taquicardico, normotenso, taquipneico, abdome globoso, doloroso à palpação, fígado palpável à 10cm do rebordo costal direito.

Paciente apresentou tomografia computadorizada

- Fígado com volume aumentado, com 3 lesões, a maior dela medindo 15,5 X 15 X 14 cm, volume de 800cm³.
- Baço com volume aumentado
- Lesões pulmonares sugerindo embolos sépticos, derrame pleural de volume moderado, bilateral.

Administração inicial de antibioticoterapia sistêmica com Piperacilina/tazobactam → Paciente piorou → adicionou Aztreonam



EVOLUÇÃO

Realizou a drenagem percutânea de abscesso hepático guiada por ultrassonografia → drenou-se 700mL de material purulento.

→ Amostra enviada para o laboratório → *Positivo para Klebsiella pneumoniae*

→ sensível aos medicamentos utilizados (Piperacilina/Tazobactam/Aztreonam)

Paciente encaminhado para UTI → Evoluiu intubado, taquicárdico, com disglycemia (glicemia capilar de 114 a 211) → Não apresentou melhora significativa → Associação de Metronidazol.

Após 5º dia da drenagem → foi realizada a laparotomia exploradora → realizada nova drenagem de abscesso em lobo heático direito.

→ Após 48h:

Febre: 38,2°C

Hemoglobina: 8,5g/dL → 15,0g/dL

Hematócrito: 26,8% → 45,0%

Leucócitos: 11.820/mm³ → 4.000 a 11.000/mm³

APACHE II = 20 → Risco de mortalidade 40%

Acute Physiologic and Chronic
Health Evaluation

EVOLUÇÃO



TC de Abdome → Redução da massa hepática → 14 X 11 X 10cm e volume de 320cm³

No 21º dia de internação, ecodopplercardiograma realizado evidenciou valva mitral com folheto anterior espessado e pequena imagem móvel em face ventricular → sugestiva de vegetação.

Iniciado Vancomicina → persistência da febre → Associação de Meropenem e Polimixina E → Não houve melhora clínica.



MEROPENEM E COLISTINA

MEROPENEM

Indicado para tratamento de infecções causada por bactérias em adultos e crianças (amplo espectro).

Antibiótico carbapenêmico, uso parenteral

Ação bactericida, interferindo na síntese da parede celular bacteriana.

Meia vida de eliminação é de 1h.

Metabolizado por hidrólise do anel beta-lactâmico gerando um metabólito microbiologicamente inativo.

Excretado pelos rins

COLISTINA

Indicado para tratamento de infecções agudas e crônicas causadas por bactérias em adultos e crianças (Gran-negativos).

Só deve ser utilizado sob certeza do tipo de patógeno que causa a infecção.

Antibiótico da família das polimixinas

Ação bactericida, agem através da adesão à membrana celular da bactéria, alterando a permeabilidade e provocando a morte bacteriana.

Meia vida de eliminação é de 1,5h.

40% excretado pelos rins em 8 horas e 80% em 24h.

DESFECHO



No 29º o paciente apresentou hipotensão importante → Noradrenalina

Paciente evoluiu para óbito horas depois.

É relatado que devido o quadro do paciente de diabetes + início do tratamento tardio, com a infecção avançada, a reversão do quadro não foi possível.



REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICAS

Caso Clínico Abscesso hepático por Klebsiella Pneumoniae e suas complicações sistêmicas →
http://sbhepatologia.org.br/pdf/edicao_1_artigo_6.pdf

Bulas dos medicamentos Meropenem e Colistina → disponível no Bulário da Anvisa

APACHE Definitions → http://www.szpilman.com/CTI/ARTIGOS_LINKS/APACHE.htm