



**COLITE PSEUDOMEMBRANOSA POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EM PACIENTE COM  
TUBERCULOSE DISSEMINADA: UM RELATO DE CASO**

***PSEUDOMEMBRANOUS COLITIS DUE TO CLOSTRIDIUM DIFFICILE IN A PATIENT WITH  
DISSEMINATED TUBERCULOSIS: A CASE REPORT***

***COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UN PACIENTE CON  
TUBERCULOSIS DISEMINADA: REPORTE DE UN CASO***

Thales Silvestre Neto<sup>1</sup>, Carla Moraes Arana<sup>1</sup>, Sílvia da Rocha Barbosa dos Santos<sup>2</sup>, Valéria de Souza Lima<sup>3</sup>, Francislayne Mateus de Oliveira<sup>3</sup>, Walkiria Maria Maranhão da Cruz<sup>2</sup>, Maria Elizabete Guimarães de Souza<sup>4</sup>, Francisca Raquelle da Silva<sup>4</sup>, Daiane Teixeira de Sousa Marinho<sup>2</sup>, Arimatéia Portela de Azevedo<sup>5</sup>

e585569

<https://doi.org/10.47820/recima21.v5i8.5569>

PUBLICADO: 08/2024

**RESUMO**

O *Clostridium difficile* é um bacilo Gram-positivo anaeróbico capaz de causar manifestações clínicas que variam de diarreia à perfuração de cólon. Já a tuberculose miliar ocorre quando um grande número de bactérias se desloca pela corrente sanguínea e se dissemina pelo corpo. Objetivo: Portanto, o objetivo principal deste estudo é enfatizar o diagnóstico diferencial na triagem e a assistência multiprofissional a uma paciente com síndrome diarreica diagnosticada com colite pseudomembranosa por *Clostridium Difficile* e tuberculose miliar. Resultado: Paciente, 43 anos, sexo feminino, com história de dor e aumento do volume abdominal associada a náuseas, diarreia, perda ponderal, febre com transcurso de um mês. Paciente em uso prolongado de antibiótico. Evoluiu com sinais de irritação meníngea. Após minuciosa avaliação e aplicação do diagnóstico diferencial, foi realizada punção lombar onde foi detectado *Mycobacterium tuberculosis* no líquido cefalorraquidiano e também no escarro. Realizado exame para *Clostridium difficile*, toxinas A/B nas fezes com o resultado positivo. Deixada em isolamento por contato e aerossol. Devido à piora respiratória, foi encaminhada para unidade de terapia intensiva-UTI onde ficou cerca de dois meses. Houve intensa atuação multiprofissional e após melhora do quadro, paciente retorna para enfermaria. Conclusão: A equipe multiprofissional tem papel fundamental na terapêutica como também a adesão ao uso do diagnóstico diferencial pois ele é fundamental para que se possa identificar corretamente os elementos que estão afetando a saúde de um paciente e estabelecer a melhor conduta.

**PALAVRAS-CHAVE:** Infectologia. Assistência multiprofissional. Doença contagiosa. Precaução padrão.

**ABSTRACT**

*Clostridium difficile* is an anaerobic Gram-positive bacillus capable of causing clinical manifestations ranging from diarrhea to colon perforation. Miliary tuberculosis occurs when a large number of bacteria travel through the bloodstream and spread throughout the body. Objective: Therefore, the main objective of this study is to emphasize the differential diagnosis in screening and multidisciplinary care for patients with diarrheal syndrome diagnosed with pseudomembranous colitis due to *Clostridium Difficile* and miliary tuberculosis. Result: Patient, 43 years old, female, with a history of pain and increased abdominal volume associated with nausea, diarrhea, weight loss, fever for a month and prolonged use of antibiotics. It evolved with signs of meningeal irritation. After thorough evaluation and application of the differential diagnosis, a lumbar puncture was performed where *Mycobacterium tuberculosis* was detected in the cerebrospinal fluid and also in the sputum. An examination was carried out for *Clostridium difficile*, A/B toxins in the feces, with a positive result. Left in contact and aerosol isolation. Due to respiratory worsening, she was taken to the intensive care

<sup>1</sup> Discente do curso de Medicina do Centro Universitário Fametro.

<sup>2</sup> Enfermeira especialista graduada no Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS.

<sup>3</sup> Graduanda do curso de enfermagem no Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS.

<sup>4</sup> Enfermeira especialista, graduanda no Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS.

<sup>5</sup> Enfermeiro Mestre – Assistencial na Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado. Professor do curso de enfermagem na Universidade Nilton Lins.



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

COLITE PSEUDOMEMBRANOSA POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EM PACIENTE COM  
TUBERCULOSE DISSEMINADA: UM RELATO DE CASO

Thales Silvestre Neto, Carla Moraes Arana, Sílvia da Rocha Barbosa dos Santos, Valéria de Souza Lima,  
Francislayne Mateus de Oliveira, Walkiria Maria Maranhão da Cruz, Maria Elizabete Guimarães de Souza,  
Francisca Raquelle da Silva, Daiane Teixeira de Sousa Marinho, Arimatéia Portela de Azevedo

*unit-ICU where she stayed for around two months. There was intense multidisciplinary action and after the condition improved, the patient returned to the ward. Conclusion: The multidisciplinary team plays a fundamental role in therapy as well as adherence to the use of differential diagnosis as it is essential to correctly identify the elements that are affecting a patient's health and establish the best course of action.*

**KEYWORDS:** *Infectious diseases. Multidisciplinary care. Contagious disease. Standard precautions.*

### RESUMEN

*Clostridium difficile* es un bacilo Gram-positivo anaeróbico capaz de causar manifestaciones clínicas que van desde diarrea hasta perforación de colon. La tuberculosis miliar se produce cuando una gran cantidad de bacterias viajan por el torrente sanguíneo y se diseminan por todo el cuerpo. Objetivo: Por lo tanto, el objetivo principal de este estudio es enfatizar el diagnóstico diferencial en el screening y atención multidisciplinaria de pacientes con síndrome diarreico diagnosticado con colitis pseudomembranosa por *Clostridium difficile* y tuberculosis miliar. Resultado: Paciente, 43 años, sexo femenino, con antecedentes de dolor y aumento de volumen abdominal asociado a náuseas, diarrea, pérdida de peso, fiebre desde hace un mes y uso prolongado de antibióticos. Evolucionó con signos de irritación meníngea. Luego de una minuciosa evaluación y aplicación del diagnóstico diferencial, se realizó una punción lumbar donde se detectó *Mycobacterium tuberculosis* en el líquido cefalorraquídeo y también en el esputo. Se realizó un examen de *Clostridium difficile*, toxinas A/B en las heces, con resultado positivo. Dejado en contacto y aislamiento de aerosoles. Debido al empeoramiento respiratorio, fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos-UCI, donde permaneció alrededor de dos meses. Hubo una intensa acción multidisciplinaria y una vez que la condición mejoró, el paciente regresó a la sala. Conclusión: El equipo multidisciplinario juega un papel fundamental en la terapia así como en la adherencia al uso del diagnóstico diferencial ya que es fundamental identificar correctamente los elementos que están afectando la salud de un paciente y establecer el mejor curso de acción.

**PALABRAS CLAVE:** *Enfermedades infecciosas. Atención multidisciplinaria. Enfermedad contagiosa. Precauciones estándar.*

### 1. INTRODUÇÃO

*Clostridium* ou *Clostridioides difficile* é um bacilo Gram-positivo anaeróbio capaz de causar manifestações clínicas que variam de diarreia à perfuração de cólon. O quadro mais comum é a diarreia relacionada ao uso de antimicrobianos, usualmente observada cinco a dez dias após o início da antibioticoterapia<sup>1</sup>.

Esse microrganismo faz parte das bactérias multirresistentes gram-positiva formadora de esporos que produzem toxinas. Estas toxinas são responsáveis por causar infecções e danos ao intestino e estão associadas ao uso de antibióticos<sup>2</sup>.

Essa bactéria é descrita pela primeira vez em 1935, quando foi encontrada na flora intestinal de recém-nascidos saudáveis, um microrganismo até então desconhecido. De início, recebeu a denominação de *Bacillus difficilis* e, logo depois, de *Clostridium difficile*, que reflete a dificuldade de isolar e manter esse microrganismo em cultura pura. Nesse mesmo ano, foi demonstrado ainda, que esse patógeno era extremamente toxicológica<sup>3</sup>.

Trata-se de um bacilo que produz toxinas patogênicas que agem sobre a parede intestinal e que são responsáveis pela grande maioria dos casos de colite pseudomembranosa e de grande



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

COLITE PSEUDOMEMBRANOSA POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EM PACIENTE COM  
TUBERCULOSE DISSEMINADA: UM RELATO DE CASO

Thales Silvestre Neto, Carla Moraes Arana, Sílvia da Rocha Barbosa dos Santos, Valéria de Souza Lima,  
Francislayne Mateus de Oliveira, Walkiria Maria Maranhão da Cruz, Maria Elizabete Guimarães de Souza,  
Francisca Raquelle da Silva, Daiane Teixeira de Sousa Marinho, Arimatéia Portela de Azevedo

número dos casos de diarreias associadas aos antibióticos sem colite. Quando elas crescem excessivamente, elas liberam toxinas que causam diarreia, colite e formação de membranas anormais (pseudomembranas) no intestino grosso<sup>4</sup>.

Também é considerado o principal agente causador de doenças intestinais associado ao uso de antimicrobianos, que podem ser desde diarreia até quadros mais graves e fatais. Importante destacar que um fator que favorece bastante a presença da bactéria é o uso indiscriminado de antibióticos e a ausência de protocolos eficazes de higiene, como o uso de desinfetantes hospitalares e álcool em gel a 70%<sup>5</sup>.

Normalmente, esses germes são inofensivos. Contudo, às vezes, um desses germes se multiplica descontroladamente e faz com que a pessoa fique doente. Quando se multiplica descontroladamente, ela produz uma substância (toxina) que lesiona o revestimento do intestino e causa diarreia. Pacientes que precisam manter antibioticoterapia prévia devem ser tratados para o *C. difficile* pelo tempo total do antibiótico em uso mais uma semana após seu término<sup>6</sup>.

O tratamento tem a duração de 10 a 14 dias, considerando a resolução do processo diarreico. O paciente permanecerá em Precaução de Contato até o término da antibioticoterapia e após cessar a diarreia. O diagnóstico é feito pela identificação da toxina de *C. difficile* nas fezes<sup>7</sup>.

A disseminação da infecção pode ocorrer pela via fecal oral: pessoa a pessoa, com exposição direta ao ambiente contaminado. As mãos dos profissionais de saúde transitoriamente contaminadas com esporos de *C. difficile* são os principais meios de disseminação do microrganismo no ambiente da assistência<sup>8</sup>.

Já o diagnóstico de enterite necrosante por *clostrídios* se baseia nos sintomas e em exames de fezes. Seu tratamento é feito com antibióticos. Pessoas que têm infecções muito graves podem precisar de cirurgia<sup>9</sup>.

Carne bovina, aves, molhos e alimentos desidratados ou pré-cozidos contaminados são normalmente responsáveis por surtos de intoxicação alimentar por esse microrganismo. Algumas cepas não são destruídas pelo cozimento completo da carne, ao contrário de outras<sup>10</sup>.

A colite pseudomembranosa comumente cursa com febre (30 a 50% dos casos), dor abdominal (20 a 33%) e diarreia, que pode ser leve e autolimitada ou grave. A diarreia está associada à presença de melena (5 a 10%) e de muco (85%). Sangramento colônico oculto pode ocorrer. Existem outras bactérias que podem levar à diarreia associada com antibióticos: *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella oxytoca*, *Clostridium perfringens*, *Candida spp* e *Salmonella*. Portanto, o profissional de saúde deve ter bastante atenção para o diagnóstico diferencial<sup>11</sup>.

O diagnóstico é fechado, levando em consideração, primeiramente, a suspeita clínica e o ele deve ser caracterizado na presença de 3 ou mais evacuações por pelo menos 2 dias para pacientes com uso atual ou recente de antibióticos relacionados. Essa suspeita é mais intensa se muitas evacuações ocorrem na vigência de febre ou durante a noite, porém, não se deve esquecer que uma menor parte dos casos pode evoluir com um quadro de íleo paralítico<sup>12</sup>.



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

COLITE PSEUDOMEMBRANOSA POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EM PACIENTE COM  
TUBERCULOSE DISSEMINADA: UM RELATO DE CASO

Thales Silvestre Neto, Carla Moraes Arana, Sílvia da Rocha Barbosa dos Santos, Valéria de Souza Lima,  
Francislayne Mateus de Oliveira, Walkiria Maria Maranhão da Cruz, Maria Elizabete Guimarães de Souza,  
Francisca Raquelle da Silva, Daiane Teixeira de Sousa Marinho, Arimatéia Portela de Azevedo

Como as infecções causadas pela *Clostridium difficile* geralmente são causadas por antibióticos, é comum que elas aconteçam principalmente em ambientes de tratamento de saúde, como hospitais, por isso são chamadas de “infecções hospitalares”<sup>13</sup>.

Uma das formas de eliminar esse agente infeccioso do ambiente é por meio da limpeza e desinfecção adequadas. É importante garantir que todas as superfícies e equipamentos hospitalares sejam limpas e desinfetadas regularmente. Isso pode ajudar a matar qualquer *C. difficile* presente e evitar sua disseminação. Os protocolos de higiene são fundamentais para evitar surtos e manter o espaço livre dos agentes patológicos<sup>14</sup>.

As medidas recomendadas na redução do risco de doença por *C. difficile* incluem: diagnóstico precoce, uso adequado das medidas de isolamento, limpeza ambiental, higienização das mãos, métodos de proteção pessoal, vigilância epidemiológica e regulação da prescrição antibiótica<sup>15</sup>.

Hospitais e serviços de atendimento à saúde precisam contar com protocolos rígidos de higiene e limpeza para oferecer um ambiente seguro. É possível conter surtos e evitar a disseminação de microrganismos como esse com o uso de desinfetantes hospitalares adequados e limpeza e desinfecção adequadas. É importante garantir que todas as superfícies e equipamentos hospitalares sejam limpas e desinfetadas regularmente. Isso pode ajudar a matar qualquer *C. difficile* presente e evitar sua disseminação<sup>16</sup>.

Outra patologia que apresenta quadro de diarreia é a tuberculose abdominal e esse quadro pode durar de 1 mês até 1 ano. Esses pacientes podem apresentar dor abdominal, emaciação, perda geral de peso, perda de apetite, febre, diarreia, constipação, sangramento retal e edema. Os sintomas são geralmente de intensidade moderada<sup>17</sup>.

Problemas gástricos são sintomas frequentes em pacientes com tuberculose: febre, sudorese noturna, perda de peso, diarreia e anorexia; outros sintomas são sangramento digestivo baixo e, às vezes, constipação. Suboclusão/oclusão intestinal pode acontecer, assim como perfuração espontânea nos casos mais dramáticos. A complicação mais frequente é a obstrução intestinal, na maioria das vezes intermitente e parcial. Perfuração e hemorragia intestinais também podem ocorrer, embora raras. Por esse motivo, o diagnóstico diferencial e os exames específicos devem fazer parte da rotina do profissional da saúde<sup>18</sup>.

Mas o principal sintoma da tuberculose pulmonar é a tosse na forma seca ou produtiva. Por isso, recomenda-se que todo sintomático respiratório, que é a pessoa com tosse por três semanas ou mais, seja investigado para tuberculose. Há outros sinais e sintomas que podem estar presentes, como a febre vespertina<sup>19</sup>.

Classicamente, as principais formas de apresentação são a forma primária, a pós-primária (ou secundária) e a miliar. Os sintomas clássicos, como tosse persistente seca ou produtiva, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento, podem ocorrer em qualquer das três apresentações. A tuberculose miliar é um tipo de tuberculose com risco potencial à vida que ocorre quando um



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

COLITE PSEUDOMEMBRANOSA POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EM PACIENTE COM  
TUBERCULOSE DISSEMINADA: UM RELATO DE CASO

Thales Silvestre Neto, Carla Moraes Arana, Sílvia da Rocha Barbosa dos Santos, Valéria de Souza Lima,  
Francislayne Mateus de Oliveira, Walkiria Maria Maranhão da Cruz, Maria Elizabete Guimarães de Souza,  
Francisca Raquelle da Silva, Daiane Teixeira de Sousa Marinho, Arimatéia Portela de Azevedo

grande número de bactérias se desloca pela corrente sanguínea e se dissemina pelo corpo. A tuberculose é uma infecção contagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* que se propaga pelo ar<sup>20</sup>.

Em assistência a pacientes com microrganismos de precaução por contato, gotículas ou aerossol é importante aderir às regras de biossegurança. O objetivo principal da biossegurança é criar um ambiente de trabalho onde se promova a contenção do risco de exposição a agentes potencialmente nocivos ao trabalhador, pacientes e meio ambiente, de modo que este risco seja minimizado ou eliminado<sup>21</sup>.

Portanto, o objetivo principal deste estudo é enfatizar o diagnóstico diferencial na triagem e a assistência multiprofissional ao paciente com síndrome diarreica diagnosticado com colite pseudomembranosa por *Clostridium Difficile* e tuberculose miliar.

### 2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um levantamento de informações secundárias existentes no prontuário eletrônico de uma paciente que deu entrada com síndrome diarreica e que foi diagnosticada com *Clostridium Difficile* e tuberculose disseminada. A pesquisa só teve início após a apreciação ética, como determina a 466/12 e suas complementares. O local onde ocorreu o estudo é um hospital universitário, terciário, referência em doenças infectocontagiosas, no Amazonas, que tem suas ações voltadas ao diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas e parasitárias, com características endêmicas, emergentes e pré emergentes na região.

### 3. ESTUDO DE CASO

Paciente, 43 anos, sexo feminino, encaminhada de outro serviço de saúde com diagnóstico interrogado de tuberculose disseminada e massa abdominopélvica a esclarecer, não podendo excluir etiologia neoplásica ou tuberculose peritoneal. Tem marcador de tumor de ovário elevado (ca125: 252).

Relatando história de dor e aumento do volume abdominal associada a náuseas, diarreia, perda ponderal e febre com início há aproximadamente um mês. Refere ainda abortamento espontâneo no 5º mês de gestação com necessidade de curetagem uterina com implante de DIU durante o mesmo procedimento. Paciente relatou que houve expulsão espontânea do dispositivo dois meses depois. Dias depois evoluiu com sinais de irritação meníngea. Após minuciosa avaliação utilizando-se do diagnóstico diferencial, foi realizado punção lombar onde foi detectado *Mycobacterium tuberculosis* no líquido cefalorraquidiano e em seguida, foi realizada a coleta de material (escarro) para baciloscopia, o qual também deu positivo.



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

COLITE PSEUDOMEMBRANOSA POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EM PACIENTE COM  
TUBERCULOSE DISSEMINADA: UM RELATO DE CASO

Thales Silvestre Neto, Carla Moraes Arana, Sílvia da Rocha Barbosa dos Santos, Valéria de Souza Lima,  
Francislayne Mateus de Oliveira, Walkiria Maria Maranhão da Cruz, Maria Elizabete Guimarães de Souza,  
Francisca Raquelle da Silva, Daiane Teixeira de Sousa Marinho, Arimatéia Portela de Azevedo

Realizada tomografia computadorizada de tórax e abdome com descrição de derrame pleural volumoso à direita e outro pequeno à esquerda além de líquido livre em cavidade. Realizado toracocentese de alívio com débito 1.500 ml.

Evidenciada massa abdominal palpável de etiologia a esclarecer e grande quantidade de líquido em cavidade abdominal/pélvica. Foi realizado Ultrassonografia transvaginal onde foi evidenciado imagem cística septada em região abdominopélvica com volume de 420/cm<sup>3</sup>. A equipe da cirurgia, ginecologia e anestesiologia contraindicaram procedimento cirúrgico em razão do estado clínico da paciente.

Natural do interior do estado, mãe de uma filha de 3 anos, possui, enquanto ocupação, ser cuidadora do lar, ensino médio completo, reside em casa cedida, com o marido e a filha. Genitora e outros familiares residem em cidade do interior do estado do Amazonas (Parintins). Não informa crença religiosa. Viveu 2 episódios de aborto espontâneo, sendo o último há dois meses.

Devido à piora hemodinâmica e respiratória, foi encaminhada para unidade de terapia intensiva-UTI sob sedação onde ficou cerca de dois meses. Após acompanhamento assistencial multiprofissional minucioso, houve significativa melhora do quadro. Paciente retorna para enfermaria em uso de sonda enteral e cânula plástica, em regular estado geral, orientada, eupneia em ar ambiente, acianótica, anictérica, desidratada (+/+4), com boa aceitação da dieta enteral. Relata episódio de febre a noite com melhora após uso de dipirona, nega diarreia, com funções fisiológicas preservadas. Comunicativa, mas com fala baixa e lentificada, colaborativa, eupneica, *Glasgow* 15, sem linfonomegalias. Ausculta cardíaca mostrando bolhas normofonéticas, ruídos hidroaéreos sem sopro, roncos difusos e sibilos raros em base.

Ao exame do abdome, apresenta reação de dor a palpação superficial e profunda em andar inferior, membros inferiores e superiores sem edema, com parestesia em extremidade inferior. Força nos membros superiores: braço/cotovelo direito (grau 2) - esquerda (grau 0), antebraço/ mão direita (grau 4) - esquerda (grau 0). Força nos membros inferiores: direito (grau 2) - esquerdo (grau 1). Sensibilidade: membro superior direito (preservada) - esquerda (diminuição em mão); membros inferiores direito (preservada) - esquerda (diminuída em pé e tornozelo).

Quanto à avaliação psicológica, paciente com significativo rebaixamento das funções psíquicas (atenção, orientação, linguagem, memória, afetividade, sensopercepção, vivência do eu) sendo necessário compreender se derivam de quadro neurológico ou psiquiátrico. No entanto, compreende parcialmente o motivo da internação, apresentando-se confusa diante dos acontecimentos e período em UTI. Apresenta sinais e sintomas de tristeza, irritabilidade e sentimento de culpa que se intensificam diante do contexto de internação. Necessitando assim de acompanhamento psicológico durante o tratamento no hospital referência em infectologia no estado. Desse modo, seguirá em acompanhamento e avaliação através do uso de placas de comunicação alternativa.



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

COLITE PSEUDOMEMBRANOSA POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EM PACIENTE COM  
TUBERCULOSE DISSEMINADA: UM RELATO DE CASO

Thales Silvestre Neto, Carla Moraes Arana, Sílvia da Rocha Barbosa dos Santos, Valéria de Souza Lima,  
Francislayne Mateus de Oliveira, Walkiria Maria Maranhão da Cruz, Maria Elizabete Guimarães de Souza,  
Francisca Raquelle da Silva, Daiane Teixeira de Sousa Marinho, Arimatéia Portela de Azevedo

Paciente com relato de episódio de desorientação com investigação para leucoencefalopatia multifocal progressiva - LEMP. A tomografia computadorizada de crânio mostrou lesão hipodensa frontal direita.

Foi sinalizado durante evolução do neurologista, sob pedido de parecer a partir de sinais de confusão mental e “com relato de episódio de desorientação com investigação para LEMP. Descrito síndrome consumptiva e episódio de tentativa de suicídio.” (Vide evolução). Sob tal aspecto, avalio que paciente apresenta acentuado rebaixamento psíquico, que pode, em alguns casos, ser motivo produtor de pensamentos (ideações) e comportamentos suicidas. Portanto, mesmo que a paciente não apresente no momento sinais/sintomas de comportamento de risco, possua mobilidade restrita ao leito e esteja com acompanhantes, reitero importância de monitoramento da equipe para com a paciente. No mais, o acompanhamento com a psicologia permanecerá diariamente. Descrito a existência de episódio de tentativa de suicídio. Acionada novamente a psicologia o qual relatou que no momento da visita a paciente estava acompanhada pelo esposo, lúcida, receptiva, comunicativa (não verbal), colaborativa, com humor hipotímico. Refere sono reparador e boa aceitação da dieta alimentar. Ofertado acolhimento à paciente, diante de episódio de choro associado à agitação psicomotora, irritabilidade e postura de recusa a atendimento com a Fisioterapia.

Paciente apresenta-se em dinâmica oscilante entre fase de revolta e depressão, com acentuado nível de sofrimento psíquico-existencial e recursos psicológicos desadaptativos, diante dos diversos motivos que atravessam o presente contexto de internação, como o histórico de: luto perinatal não elaborado, internações pregressas, estado geral e agravamento de seu quadro de saúde, preocupações externas, saudade da filha, medos e preocupações acerca das percepções que possui sobre o tratamento, possibilidade de recuperar mobilidade, entre outros sinais e sintomas que avaliamos enquanto fatores de risco para o rebaixamento psíquico da paciente.

Assim, é possível avaliar que, no momento, apresenta expectativas de recuperação negativas, reforçadas pelos fatores mencionados acima. Ainda, destaca-se que, como informado durante conversa com médico residente responsável, foi prescrito uso de ADT (amitriptilina), tornando assim importante e necessário que toda equipe multidisciplinar monitorar reações da paciente durante período de adaptação medicamentosa e comunique entre si percepções e sugestivas.

A Psicologia está conduzindo abordagem através de avaliações das funções psíquicas sob postura acolhedora, falas concisas que facilitem comunicação com a paciente, oferta de escuta conjunta com o companheiro, discutindo com estas percepções e ajustes na sua rotina. Visando a possibilidade de ganho gradual no fortalecimento dos fatores de proteção psíquica que serão fundamentais para paciente transformar-se para dinâmica/posição de enfrentamento e aquisição dos recursos psicológicos adaptativos.

Paciente, hipocorada, desidratada (+/+4), com boa aceitação da dieta enteral, mas relata 5 episódios de diarreia líquida, 1 episódio de vômito, náuseas e dor abdominal difusa há 3 dias, foi observada lesões perianais grau 1, com funções fisiológicas preservadas.



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

COLITE PSEUDOMEMBRANOSA POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EM PACIENTE COM  
TUBERCULOSE DISSEMINADA: UM RELATO DE CASO

Thales Silvestre Neto, Carla Moraes Arana, Sílvia da Rocha Barbosa dos Santos, Valéria de Souza Lima,  
Francislayne Mateus de Oliveira, Walkiria Maria Maranhão da Cruz, Maria Elizabete Guimarães de Souza,  
Francisca Raquelle da Silva, Daiane Teixeira de Sousa Marinho, Arimatéia Portela de Azevedo

Realizada ultrassonografia -USG onde foi evidenciado hepatomegalia. Grande quantidade de líquido intencionando toda cavidade abdomino-pelvica de conteúdo hipocóico com debris e linhas ecogênicas. Observa-se alças de delgado aglomeradas e distendidas em flanco direito aderida em massa heterogênea localizada nesta topografia, com características de massa ovariana pleomórfica multiloculada com componente sólido, não descartar a hipótese de cisto adenoma ou cisto adenocarcinoma ovariano - correlacionar com marcadores tumorais.

Realizado coprocultura com resultado apresentando *klebsiella pneumonie* produtora ESBL (resistente aos betalactâmicos de espectro estendido). Eletrocardiograma mostrando taquicardia sinusal.

**Quadro 01:** perfil social do participante do estudo

Variáveis	Status
Paciente portador de HIV	Não
Parceiro fixo	Sim
Etilismo, tabagismo e uso de drogas	Não
Outros familiares com sinais da doença da paciente	Não
Procedência	Interior do estado (Parintins)
Reinternação	Não
Orientação sexual	Heterossexual
Acompanhada	Esposo e cunhados
Grupo familiar	3 pessoas
Tipo de família	Nuclear
Renda mensal	Até dois salários-mínimos
Tipo de habitação	Alvenaria
Saneamento básico	Sim
Grau de instrução	Médio completo
Como chegou ao hospital	De ambulância

**Fonte:** prontuário eletrônico do paciente

Segundo registros da psicologia, paciente em leito, acompanhada pelo marido, bastante emotiva, chorando e pedindo para ir embora. Ao exame físico está lúcida, orientada em tempo e espaço, anictérica, acianótica, e afebril ao toque, eupneica em ar ambiente, hipocorada (++/4+), tem sono reparador. Continua referido dor no local da massa abdominal em fossa ilíaca direita. Informa, também, dor hipogástrico, do tipo em queimação, não permitindo a palpação, acompanhada por dores em coluna vertebral. Nega náuseas e vômitos e continua apresentando persistência de distensão abdominal a esclarecer. Marido relata que aceitou apenas o chá ofertado no café da



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

COLITE PSEUDOMEMBRANOSA POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EM PACIENTE COM TUBERCULOSE DISSEMINADA: UM RELATO DE CASO

Thales Silvestre Neto, Carla Moraes Arana, Sílvia da Rocha Barbosa dos Santos, Valéria de Souza Lima, Francislayne Mateus de Oliveira, Walkiria Maria Maranhão da Cruz, Maria Elizabete Guimarães de Souza, Francisca Raquelle da Silva, Daiane Teixeira de Sousa Marinho, Arimatéia Portela de Azevedo

manhã. Refere 03 episódios de vômitos ontem (ocorre após a passagem da medicação anti-emética). Cinco episódio de evacuação ontem e um hoje, consistência pastosa, sem presença de sangue ou muco. Nega cefaleia, reações alérgicas. Pouca ingesta hídrica, diurese preservada. Boa aceitação da dieta. Nega outros sintomas.

**Quadro 02:** Relação dos cuidados multiprofissionais dedicados a esta paciente

Área de atuação profissional	Problema aparente	Cuidados/ações
Medicina	-Paciente com sinais inespecíficos necessitando de minuciosa investigação;	-Evidenciado diagnóstico diferencial;  -Solicitado exames específicos.
Enfermagem	-Paciente debilitada, restrita ao leito, com várias necessidades humanas básicas afetadas.	-Realizados cuidados específicos levando em consideração cada necessidade afetada.
Fisioterapia	-Paciente restrita ao leito e com dispneia.	-Manobras diárias para melhorar a resposta motora e respiratória.
Psicologia	-Paciente com pensamento suicida.	-Ações para identificar o reflexo de um transtorno mental ainda não identificado.
Serviço Social	-Exames e documentos pendentes;  -Família tendo muitas dúvidas sobre seu papel nesse momento.	-Contatos com instituições, encaminhamentos, orientações a família e planejamento para melhoria do bem-estar e da saúde da paciente.
Nutrição e dietética	-Paciente muito emagrecida.	-Introdução de suplementação alimentar adequada para o caso
Comissão de Controle de Infecção hospitalar-CCIH	-Paciente portadora de tuberculose disseminada, <i>clostridium difficile</i> e <i>Klebsiella p.</i> produtora de ESBL.	-Deixada em isolamento por aerossol.

**Fonte:** prontuário eletrônico do paciente

Segue deitada ao leito, acompanhada pelo marido, parcialmente orientada, receptiva ao atendimento, comunicativa (não verbal), colaborativa, humor hipotímico. Refere sono reparador e boa aceitação da dieta por sonda.

Após exames específicos, a paciente segue internada em clínica de isolamento com os seguintes diagnósticos: Tuberculose disseminada (meningoencefalite tuberculosa + pulmonar), coleção abdominal 100CM<sup>3</sup>, síndrome consumptiva, derrame pleural exsudativo, *Klebsiella pneumoniae* produtora de betalactamico de espectro estendido-ESBL (confirmado por hemocultura) e colite pseudomembranosa por *clostridium difficile*.



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

COLITE PSEUDOMEMBRANOSA POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EM PACIENTE COM  
TUBERCULOSE DISSEMINADA: UM RELATO DE CASO

Thales Silvestre Neto, Carla Moraes Arana, Sílvia da Rocha Barbosa dos Santos, Valéria de Souza Lima,  
Francislayne Mateus de Oliveira, Walkíria Maria Maranhão da Cruz, Maria Elizabete Guimarães de Souza,  
Francisca Raquelle da Silva, Daiane Teixeira de Sousa Marinho, Arimatéia Portela de Azevedo

### 4. DISCUSSÃO

O diagnóstico diferencial é essencial para garantir uma terapêutica adequada, pois um mesmo sinal ou sintoma de que há uma alteração na saúde de uma pessoa pode ser observado em diferentes possibilidades de diagnósticos. O diagnóstico precoce é essencial para iniciar um tratamento rapidamente, aumentando as chances de sucesso e cura<sup>22</sup>.

Tuberculose disseminada deve ser considerada como diagnóstico diferencial mesmo na ausência de causa conhecida de imunodepressão grave, como pelo vírus HIV, podendo ocorrer em associação ao etilismo, neoplasias malignas, corticoterapia, doença do tecido conectivo, insuficiência renal ou diabetes mellitus<sup>23</sup>.

A bactéria *Clostridium difficile* é capaz de colonizar o trato digestivo do ser humano em situações em que a flora normal tenha sido alterada pelo uso de antibióticos. A consequência clínica direta é a possibilidade de o paciente cursar com colite pseudomembranosa pelo *C. difficile*, uma das infecções mais comuns<sup>24</sup>.

Uma das principais normas de biossegurança em hospitais, clínicas e laboratórios diz respeito à higienização das mãos. Mas se a transmissão da doença ocorrer através do contato, devemos, também, utilizar avental e luvas descartáveis para tocar no paciente ou em objetos que pertençam a ele. Se a transmissão for por via respiratória, por meio de gotículas, como tosse, espirro ou fala, devemos adotar o uso de uma máscara simples<sup>25</sup>.

Algumas partículas eliminadas durante a respiração, fala, tosse ou espirro se ressecam e ficam suspensas no ar, podendo permanecer por horas, e atingir ambientes diferentes, inclusive quartos adjacentes, pois são carregadas por corrente de ar. A transmissão por aerossol é um exemplo disso, as gotículas respiratórias menores (aerossóis) contendo vírus e que podem permanecer suspensas no ar, serem levadas por distâncias maiores que 1 metro e por períodos mais longos (geralmente horas)<sup>26</sup>.

Já o cuidado multiprofissional pode ser definido como uma metodologia de trabalho que envolve profissionais de saúde “com experiências e habilidades complementares, que compartilham objetivos de saúde comuns e exercem esforços físicos e mentais combinados na avaliação, no planejamento e no atendimento ao paciente<sup>27</sup>.”

Quanto ao atendimento a pacientes críticos, diz-se que o envolve o conhecimento da equipe sobre equipamentos, cuidados técnicos, procedimentos invasivos, reconhecimento de sinais e sintomas e, inclusive, sobre o sofrimento e a angústia vivenciados por paciente e seus familiares<sup>28</sup>.

### 5. CONCLUSÃO

Chega-se à conclusão, que a boa abordagem empregando no diagnóstico diferencial fez toda a diferença nessa paciente com síndrome diarreica e manifestações neurológicas a esclarecer pois a conduta acerta durante a assistência da equipe multiprofissional depende disso já que a colite por



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

COLITE PSEUDOMEMBRANOSA POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EM PACIENTE COM  
TUBERCULOSE DISSEMINADA: UM RELATO DE CASO

Thales Silvestre Neto, Carla Moraes Arana, Sílvia da Rocha Barbosa dos Santos, Valéria de Souza Lima,  
Francislayne Mateus de Oliveira, Walkíria Maria Maranhão da Cruz, Maria Elizabete Guimarães de Souza,  
Francisca Raquelle da Silva, Daiane Teixeira de Sousa Marinho, Arimatéia Portela de Azevedo

*Clostridium difficile* (colite pseudomembranosa) resulta do deslocamento de bactérias saudáveis do cólon, geralmente devido à antibióticos. Esse tipo de colite também pode ser transmitido de pessoa para pessoa por esporos. Pode causar graves danos ao cólon e ser fatal e os sintomas incluem diarreia, dor de barriga e febre. O tratamento inclui o uso de antibióticos. Mesmo quando tratada com antibiótico, a infecção pode voltar. Em casos raros, pode ser necessário transplante fecal ou cirurgia. O *Clostridium difficile* é um bacilo Gram-positivo anaeróbico capaz de causar manifestações clínicas que variam de diarreia a perfuração de cólon. Já a tuberculose miliar ocorre quando um grande número de bactérias se desloca pela corrente sanguínea e se dissemina pelo corpo. A equipe multiprofissional tem papel fundamental na terapêutica como também a adesão ao uso do diagnóstico diferencial pois ele é fundamental para que se possa identificar corretamente os elementos que estão afetando a saúde de um paciente e estabelecer a melhor conduta.

### REFERÊNCIAS

1. Juul FE, et al. Transplante de microbiota fecal para infecção primária por *Clostridium difficile*. *New England Journal of medicine*. 2018;378(26):2535-2536. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1803103>
2. Jarmo O, et al. Tratamento da infecção por Clostridioides (*Clostridium*) *difficile*. *Anais de medicina*. 2020;52(1-2):12-20. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07853890.2019.1701703>
3. Ooijevaar RE, et al. Atualização de algoritmos de tratamento para infecção por *Clostridium difficile*. *Clinical Microbiology and Infection*. 2018;24(5):452-462. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X18300211>
4. Czepiel J, et al. Infecção por *Clostridium difficile*. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*. 2018;38:1211-1221. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10096-019-03539-6>
5. Mills JP, et al. Probióticos para prevenção de infecção por *Clostridium difficile*. *Current opinion in gastroenterology*. 2018;34(1):3-10. [https://journals.lww.com/co-gastroenterology/abstract/2018/01000/probiotics\\_for\\_prevention\\_of\\_clostridium\\_difficile.3.aspx](https://journals.lww.com/co-gastroenterology/abstract/2018/01000/probiotics_for_prevention_of_clostridium_difficile.3.aspx)
6. Mullish BH, et al. Infecção por *Clostridium difficile* e diarreia associada a antibióticos. *Medicina Clínica*. 2018;18(3):237-241. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1470211824017111>
7. Asempa TE, et al. Infecção por *Clostridium difficile* em idosos: uma atualização sobre o gerenciamento. *Intervenções clínicas no envelhecimento*. 2017;1799-1809. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/CIA.S149089>
8. Song JH, et al. Infecção recorrente por *Clostridium difficile*: fatores de risco, tratamento e prevenção. *Gut and liver*. 2019;13(1):16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6346998/>
9. Sposito TC, et al. Tratamento da colite pseudomembranosa: uma revisão de literatura. *SEMPESq-Semana de Pesquisa da Unit-Alagoas*. 2020;(8). [https://eventos.set.edu.br/al\\_sempesq/article/view/13645](https://eventos.set.edu.br/al_sempesq/article/view/13645)



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

COLITE PSEUDOMEMBRANOSA POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EM PACIENTE COM  
TUBERCULOSE DISSEMINADA: UM RELATO DE CASO

Thales Silvestre Neto, Carla Moraes Arana, Sílvia da Rocha Barbosa dos Santos, Valéria de Souza Lima,  
Francislayne Mateus de Oliveira, Walkíria Maria Maranhão da Cruz, Maria Elizabete Guimarães de Souza,  
Francisca Raquelle da Silva, Daiane Teixeira de Sousa Marinho, Arimatéia Portela de Azevedo

10. Luz MRMP, et al. Transplantes de microbiota fecal para a colite pseudomembranosa (1958-2013): prioridade de descoberta e estilos de pensamento na literatura acadêmica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2020;27(3):859-878. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/NX4cVvSyWP7xgqrVfvcs8PK/?lang=pt>
11. Fonteneles AV, et al. Colite pseudomembranosa causada pelo uso de antimicrobianos no âmbito hospitalar. *Revista Multidisciplinar Em Saúde*. 2020;1(1):16-16. <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/article/view/101>
12. De Oliveira Junior CA, et al. Avaliação de uma estirpe não toxigênica para prevenção de diarreia neonatal em leitões por clostridioides (*clostridium*) *difficile*. 2019. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/SMOC-BATFT4>
13. Silva PC, et al. Transplante de microbiota fecal como tratamento da infecção recorrente por *Clostridium difficile*. *HIGEIA: Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias*. 2022;7:29-41. <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/8089>
14. Do Amarante VS et al. Avaliação da imunogenicidade de uma vacina comercial para a prevenção da infecção por *Clostridioides difficile* em suínos. 2024. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/65411>
15. De Melo RC, et al. Gestão das intervenções de prevenção e controle da resistência a antimicrobianos em hospitais: revisão de evidências. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2020;44. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7498289/>
16. De Souza Lemos V et al. Tuberculose miliar em paciente imunocompetente–Relato de caso. *Brazilian Journal of Health Review*. 2020;3(6):17226-17234. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/20704>
17. Fabbrin AR, et al. Tuberculose miliar em neonato: relato de caso. Encontro Internacional de Neonatologia (6.:2019: Gramado, RS). *Anais [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre*; 2019. <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/201773/001099037.pdf?sequen>
18. Dos Santos AC, et al. Perfil epidemiológico de pacientes imunocomprometidos com tuberculose. *Revista Eletrônica da Estácio Recife*. 2019;5(1). <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/181>
19. Froes JR, et al. Tuberculose pulmonar e extrapulmonar em pacientes com AIDS sob uso da Terapia Antirretroviral (TARV) de terceira linha. *Rev. bras. anal. Clin.* 2020;346-351. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1223697/rbac-vol-52-4-2020-ref-944-1.pdf>
20. Gioseffi JR, et al. Tuberculose, vulnerabilidades e HIV em pessoas em situação de rua: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*. 2022;56:43. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dBdWsr9LS6GcfBmCxcJWQ8x/?lang=pt>
21. Alvim ALS, et al. Medidas de precaução de contato para prevenção e controle de infecções: relato de experiência. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2017;7. <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/1333>
22. Arriciaga ACR, et al. Diagnóstico diferencial del absceso hepático amebiano. *RECIAMUC*. 2019;3(4):76-92. <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/390>



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

COLITE PSEUDOMEMBRANOSA POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EM PACIENTE COM  
TUBERCULOSE DISSEMINADA: UM RELATO DE CASO

Thales Silvestre Neto, Carla Moraes Arana, Sílvia da Rocha Barbosa dos Santos, Valéria de Souza Lima,  
Francislayne Mateus de Oliveira, Walkiria Maria Maranhão da Cruz, Maria Elizabete Guimarães de Souza,  
Francisca Raquelle da Silva, Daiane Teixeira de Sousa Marinho, Arimatéia Portela de Azevedo

23. Gama ALH, et al. Anemia hemolítica autoimune em adolescente com tuberculose disseminada: um relato de caso. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 2023;27:103600. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867023008607>
24. Curry SR, et al. *Clostridium difficile*. *Clínicas em medicina laboratorial*. 2017;37(2):341-369. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10096-019-03539-6>
25. Silva Junior MF, et al. Adesão às normas de biossegurança para Covid-19 entre profissionais de saúde bucal em Ponta Grossa-PR. *Saúde em Debate*. 2022;46:221-236. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5Hrqj6rfgMbP6dBcpd3zdkf/>
26. Atkinson AV, et al. Biossegurança em odontologia. *Revista Cathedral*. 2020;2(1). <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/78>
27. Souza TL, et al. Validação de protocolo multiprofissional de cuidados para paciente crítico com delirium. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2020;41:e20190165. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/jqxCkCzSjbcTD3q6hv578mL/?lang=pt>
28. De Castilhos Cavalcanti T, et al. Implantação de protocolo de qualidade assistencial baseado em cuidados centrados no paciente crítico: relato de experiência. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*. 2019;23(1).. <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/10950>