

Salmoneloses

Prof. Marco Antonio

Brasília, Março de 2005

Introdução

- Salmonelas são bactérias de ampla distribuição no reino animal
- Responsáveis por 4 síndromes importantes
 - Síndromes de gastroenterites agudas
 - Bacteremia, septicemia e infecções extra-intestinais
 - Febre tifóide
 - Salmonelose septicêmica prolongada

Etiologia

- Família Enterobacteriaceae
 - Mais de 2300 sorotipos
 - Muitas tentativas de reunir em poucos gêneros essas salmonelas
 - Mais atrativo clinicamente a classificação por sorogrupos baseados nos antígenos O (somático) e H (flagelar)
- *Salmonella* Typhi e *Salmonella* Paratyphi
 - Febre tifóide
 - Só em humanos
- Demais salmonelas (ex: *S. Enteritidis*, *Typhimurium*)
 - Responsáveis pelo restante do espectro clínico
 - Humanos e animais (répteis, pássaros e mamíferos)

Etiologia

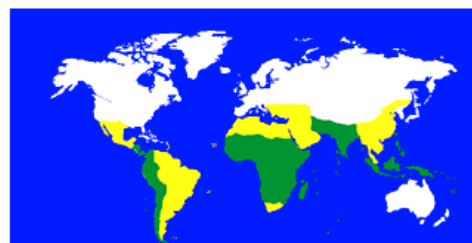
- Bacilos Gram negativos
 - Móveis
 - Não-esporulados
 - Flagelados
 - Antígenos somático (O), flagelar (H) e capsular (Vi)
 - De fácil cultivo



Epidemiologia

- Distribuição mundial
- Relação com
 - Áreas tropicais e subtropicais
 - Pobreza
 - Condições inadequadas de saneamento básico

Epidemiologia



High endemicity Medium endemicity Sporadic outbreaks

Epidemiologia

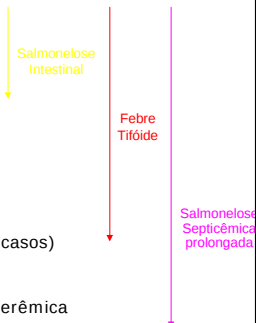


Salmoneloses
x
Saneamento básico

Fisiopatologia

• Eventos importantes:

- Penetração pela mucosa intestinal
- Ação em enterócitos
- Proliferação nas placas de Peyer
- Bacteremia
- Retorno ao intestino
- Proliferação linfóide acentuada
- Perfurações (febre tifóide, 2% dos casos)
- Focos a distância
- Co-parasitismo e perpetuação bacterêmica



Quadro clínico

• Gastroenterite aguda

- incubação de 48 a 72 horas
- Febre
 - Com calafrios ou não
- Dor abdominal
 - Difusa ou
 - Em cólica
- Cefaléia
- Mal estar

- Náuseas
- Vômitos
- Anorexia
- Diarréia
 - Aguda alta
 - Fezes volumosas
 - Espumosas
 - Esverdeadas
 - Aguda baixa
 - Fezes com sangue,
 - muco e pus
 - Tenesmo
 - Grande frequência

Quadro clínico

• Bacteremia e infecções extra-intestinais

- Artrites sépticas
 - Imunodepressão
 - Anemia falciforme
- Meningites
 - Lactentes jovens
 - Letalidade elevada
- Osteomielites
 - Ossos longos
 - Crianças
 - Anemia falciforme
- Outras
 - Endocardite e septicemias
 - Pneumonias

Quadro clínico

• Febre tifóide

- Incubação média de 10 dias (até várias semanas)
- Período inicial (1o septenário)
 - Febre com aumento gradual
 - Cefaléia
 - Dores abdominais
 - Prostração, náuseas e anorexia
- Período de estado
 - 2a e 3a semanas de infecção
 - Febre persistente e alta (39°-40°)
 - Da prostração ao torpor (typhus = nebuloso)

Quadro clínico

• Febre tifóide

- Período de estado
 - Desidratação
 - Olhos fundos, inexpressivos e fixos (olhar tífico)
 - Dissociação pulso/temperatura
 - Diarréia (crianças) ou obstipação (adultos)
 - Roséolas tíficas
 - máculas no abdome e tórax
 - róseas
 - 2 a 5 mm de diâmetro
 - desaparecem à digitopressão
 - duram 2 a 3 dias
 - Úlceras em pilares anteriores (Daguet)
 - Esplenomegalia (70%)
 - Leucopenia com linfocitose relativa

Quadro clínico

- Febre tifóide
 - Período de declínio
 - 4o septenário
 - Febre diminui lentamente, em lise
 - Diminui a cefaléia e o estado de consciência melhora
 - Astenia melhora lentamente
 - Complicações graves
 - Sangramento intestinal maciço
 - Perfuração intestinal (3a e 4a semanas de doença)
 - Período de convalescença
 - Desnutrição
 - Atrofias musculares
 - Quedas dos cabelos
 - Estado de portador são indefinido (1%)

Quadro clínico

- Febre tifóide



Roséolas tíficas

Quadro clínico

- Febre tifóide



Perfuração intestinal

Quadro clínico

- Salmonelose septicêmica prolongada (SSP)
 - 1958
 - *Schistosoma mansoni* e *S. japonicum* (outros parasitas)
 - Quadro crônico, dura meses
 - Febre irregular
 - HE
 - Desnutrição
 - Diarréia
 - Dora abdominal
 - hipoalbuminemia
 - Fenômenos hemorrágicos (petéquias, epistaxes)
 - Mielograma com hiperplasia eosinofílica, de granulócitos e plasmócitos

Diagnóstico

- Hemocultura ^{1a semana}
- Sorologia - Reação de Widal ^{2a semana}
 - Vale para *S. typhi* e *S. paratyphi* (febre tifóide e SSP)
 - Maior valor em crianças
 - Maior valor em áreas não endêmicas
 - Consideram-se títulos > 1:100 como sendo positivos
 - Anti-O é mais diagnóstico que o Anti-H
- Coprocultura ^{3a semana}
- Outros
 - ELISA, PCR

Tratamento

- Antibioticoterapia (febre tifóide e SSP)
 - Cloranfenicol
 - Ceftriaxona
- Hidratação e controle hidroeletrólítico
- Observação rigorosa
- Tratamento do co-parasitismo

Profilaxia

- Lavar as mãos
- Fervura dos alimentos
- Pasteurização do leite
- Evitar alimentos crus, inclusive ovos
- Tratamento da água
- Vacinas para casos especiais