

FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA: RELATO DE CASO EM HOSPITAL DE ARACAJU

Data de aceite: 01/09/2023

Kaio Alecsander Mendonça Santos

Centro Universitário Estácio de Sergipe,
Aracaju
<https://lattes.cnpq.br/2504154676561978>

Nanna Krisna Baião Vasconcelos

Universidade Tiradentes, Estância
<http://lattes.cnpq.br/7893137732124801>

Eduardo Machado Teles de Oliveira

Universidade Tiradentes, Aracaju
<http://lattes.cnpq.br/8599472020421137>

Érika Teixeira Andrade

Universidade Tiradentes, Aracaju
<http://lattes.cnpq.br/3071456964793196>

William Menezes da Silveira

Universidade Tiradentes, Aracaju
<http://lattes.cnpq.br/3701337988679083>

Clayton Augustinho de Souza Santos

Universidade Federal de Sergipe
São Cristóvão

Alícia Caetano Silva Santos

Universidade Tiradentes, Aracaju
<http://lattes.cnpq.br/6339292222723787>

Vitória Santos Lima

Universidade Tiradentes, Aracaju

Yuri Hariel de Brito Cruz

Universidade Tiradentes, Aracaju
<https://lattes.cnpq.br/7426398838664130>

Isadora Silveira Ralin

Universidade Tiradentes, Aracaju
<http://lattes.cnpq.br/2059407128800671>

Maria Eduarda Fonseca de Melo

Universidade Tiradentes, Aracaju
<http://lattes.cnpq.br/6690276789325361>

Horley Soares Britto Neto

Universidade Tiradentes, Aracaju

RESUMO: INTRODUÇÃO: A febre de origem indeterminada (FOI) clássica é definida pela presença de temperatura axilar maior do que 37,8°C, em várias ocasiões, pelo tempo mínimo de três semanas e que se mantém sem causa aparente após uma semana de investigação hospitalar. As causas e a frequência de FOI variam com o tempo, o local onde foi feito o estudo e os critérios conceituais utilizados. As de origem infecciosa ainda representam maior parcela das etiologias, seguidas de causas neoplásicas, colagenoses, miscelânea e não diagnosticadas. O atual estudo objetiva descrever um caso de FOI internado em

enfermaria de clínica médica de um Hospital de Aracaju durante o pós-operatório de cirurgia abdominal. **RELATO DE CASO:** Paciente ASC, sexo masculino, 62 anos, natural de Aracaju, buscou serviço de urgência com queixa de dor em região de dorso, com irradiação para hipogástrico, e parada de eliminação de fezes e flatos há 36 horas. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, com abdome algo distendido, reativo ao toque e doloroso. Após avaliação de radiografia de abdome, foi solicitada uma tomografia de mesmo sítio, que acusou torção de mesentério e vasos com consequente volvo de sigmoide, e o paciente foi internado. Foi identificada necrose segmentar de sigmoide, cólon direito e delgado, conduzida com retossigmoidectomia à Hartmann e *second look* de viabilidade de intestino. O paciente, então, procedeu em leito de terapia intensiva, intercorreu com novo quadro de vômitos e distensão abdominal, resíduo gástrico elevado, culminado em nova intubação e início de picos febris, com escalonamento de antibioticoterapia para Vancomicina e Meropenem. Na busca de sítio infeccioso para os picos febris/subfebris persistentes, a odontologia descartou qualquer sinal infeccioso em cavidade oral, não houve relato de lesão por pressão ou exteriorização de sangramentos, o paciente se manteve sem linfonodos palpáveis, osteoartrite ou lesões melanocíticas e foi feito Trimetoprima com Sulfametoxazol e Piperacilina/Tazobactam sem mudança nos padrões de episódios febris. Elevação de temperatura também refratária a três dias de uso de Prednisona. Em exames complementares de acompanhamento, o paciente apresentou 3 amostras de diferentes de urocultura sem crescimento bacteriano, 2 amostras de hemocultura sem crescimento e 1 última com crescimento de *Enterococcus Faecium* sensível somente a Linezolida em dose padrão. Atribuiu-se, portanto, os picos febris a essa infecção da corrente sanguínea, tratada com esquema direcionado e mantendo observação para evolução do quadro após suspensão de antibióticos e corticoides que estavam sendo concluídos. **CONCLUSÕES:** Diante de um quadro de dificuldade de diagnóstico etiológico, foi lícita a recorrência de certas rotinas de exames complementares durante a internação desse paciente. A febre nosocomial está bem associada a procedimentos cirúrgicos, sondagem urinária, intubação endotraqueal, cateteres, medicamentos e imobilização que se associa à embolia pulmonar de repetição. Ademais, vale lembrar que o caso atendeu à epidemiologia brasileira de incidência etiológica do segmento infeccioso como causa ainda principal de FOI. **PALAVRAS-CHAVE:** febre de origem indeterminada, pós-operatório, infecção nosocomial.

ABSTRACT: INTRODUCTION: Classic fever of undetermined origin (FUO) is defined by the presence of an axillary temperature greater than 37.8°C, on several occasions, for a minimum period of three weeks and which remains without apparent cause after a week of hospital investigation. The causes and frequency of FUO vary with time, the location where the study was carried out, and the conceptual criteria used. Those of infectious origin still represent a larger portion of the etiologies, followed by neoplastic causes, collagenosis, miscellaneous and undiagnosed causes. The current study aims to describe a case of FUO admitted to a medical clinic ward of a hospital in Aracaju during the postoperative period of abdominal surgery. **CASE REPORT:** Patient ASC, male, 62 years old, born in Aracaju, sought the emergency service complaining of pain in the back region, radiating to the hypogastrum, and the elimination of feces and flatus had stopped for 36 hours. On physical examination, the patient was in fair general condition, with a somewhat distended abdomen, reactive to touch and painful. After evaluating the abdominal X-ray, a CT scan of the same site was

requested, which showed torsion of the mesentery and vessels with consequent sigmoid volvulus, and the patient was hospitalized. Segmental necrosis of the sigmoid, right and small colon was identified, conducted with Hartmann resectosigmoidectomy and second look of bowel viability. The patient then proceeded to an intensive care bed, with a new episode of vomiting and abdominal distention, high gastric residue, culminating in a new intubation and the onset of fever peaks, with escalation of antibiotic therapy for Vancomycin and Meropenem. In the search for an infectious site for the persistent febrile/subfebrile peaks, dentistry ruled out any infectious sign in the oral cavity, there were no reports of pressure injuries or externalization of bleeding, the patient remained without palpable lymph nodes, osteoarthritis or melanocytic lesions and it was Trimethoprim with Sulfamethoxazole and Piperacillin/Tazobactam with no change in febrile episode patterns. Temperature rise also refractory to three days of Prednisone use. In complementary follow-up exams, the patient presented 3 different samples of uroculture without bacterial growth, 2 samples of blood culture without growth and 1 last one with growth of *Enterococcus Faecium* sensitive only to Linezolid in standard dose. Therefore, the fever peaks were attributed to this bloodstream infection, which was treated with a targeted scheme and observation was made to monitor the evolution of the condition after the suspension of antibiotics and corticoids, which were being completed. **CONCLUSIONS:** Faced with a situation of difficulty in etiological diagnosis, the recurrence of certain complementary examination routines during this patient's hospitalization was legitimate. Nosocomial fever is well associated with surgical procedures, urinary probing, endotracheal intubation, catheters, medications and immobilization that is associated with recurrent pulmonary embolism. Furthermore, it is worth remembering that the case complied with the Brazilian epidemiology of etiological incidence of the infectious segment as still the main cause of FUO.

KEYWORDS: fever of unknown origin, postoperative period, nosocomial infection.

INTRODUÇÃO

A febre de origem indeterminada (FOI) clássica é definida pela presença de temperatura axilar maior do que 37,8°C, em várias ocasiões, pelo tempo mínimo de três semanas e que se mantém sem causa aparente após uma semana de investigação hospitalar. Subclassifica-se, ainda, como FOI nosocomial aquela que ocorre em pacientes internados com episódios de febre $\geq 37,8^\circ\text{C}$ em várias ocasiões, na ausência de infecção ou doença incubada à admissão e ausência de diagnóstico após 3 dias apesar de investigação adequada (incluindo pelo menos 48h de cultura microbiológica) (LAMBERTUCCI et. al., 2005).

As causas e a frequência de FOI variam com o tempo, o local onde foi feito o estudo e os critérios conceituais utilizados. As de origem infecciosa ainda representam maior parcela das etiologias, seguidas de causas neoplásicas, colagenoses, miscelânea e não diagnosticadas.

Nesse sentido, a abordagem adequada da FOI no paciente idoso engloba história clínica e exame físico bem feitos, enfocando os sinais e sintomas de doenças intra-

abdominais, doenças cardíacas, tuberculose, desordens musculoesqueléticas e tumores. Radiografia de tórax, exames laboratoriais básicos, estudos de imagem do abdome, hemoculturas e ecocardiograma devem ser realizados. Todas as drogas dispensáveis deverão ser interrompidas assim como drogas essenciais deverão ser reavaliadas caso a febre persista (LAMBERTUCCI et. al., 2005).

O atual estudo objetiva descrever um caso de FOI internado em enfermaria de clínica médica de um Hospital de Aracaju durante o pós-operatório de cirurgia abdominal.

RELATO DE CASO

Paciente ASC, sexo masculino, 62 anos, natural de Aracaju, buscou serviço de urgência com queixa de dor em região de dorso, com irradiação para hipogástrio, e parada de eliminação de fezes e flatos há 36 horas. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, com abdome algo distendido, reativo ao toque e doloroso. Após avaliação de radiografia de abdome (figura 1), foi solicitada uma tomografia de mesmo sítio (Figura 2), que acusou torção de mesentério e vasos com conseqüente volvo de sigmoide, e o paciente foi internado. O caso foi manejado com sonda retal para desobstrução, otimizado procinéticos e iniciado Ciprofloxacino e Metronidazol. Entretanto, manteve ausência de dejeções e flatos, evoluiu com piora da distensão abdominal, taquicardia e taquipneia, com necessidade de intubação e laparotomia exploradora.



Figura 1. Radiografia de abdome acusando distensão importante de alças intestinais.

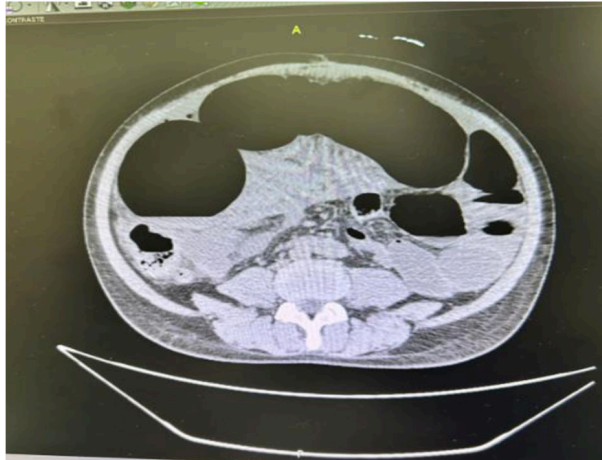


Figura 2. Tomografia de abdome evidenciando volvo de sigmoide associado à moderada distensão de alças a montante. Pequena quantidade de líquido livre abdominal, por vezes apresentando raros focos gasosos de permeio. Apêndice cecal de calibre aumentado. Formações nodulares hepáticas esparsas, inespecíficas.

Nessa, foi identificada necrose segmentar de sigmoide, cólon direito e delgado, conduzida com retossigmoidectomia à Hartmann e *second look* de viabilidade de intestino. O paciente, então, procedeu em leito de terapia intensiva, em gravíssimo estado geral, em uso de droga vasoativa, em ventilação mecânica e tosillato de sultamicilina. Intercoreu com novo quadro de vômitos e distensão abdominal, resíduo gástrico elevado, culminado em nova intubação e início de picos febris, com escalonamento de antibioticoterapia para Vancomicina e Meropenem. Uma nova tomografia foi realizada (Figura 3).

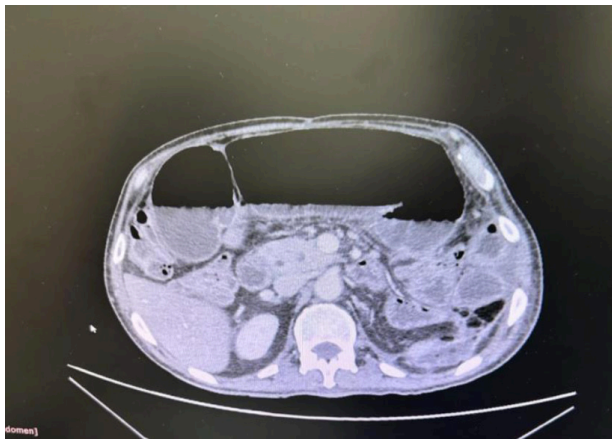


Figura 3. Tomografia de abdome com redução da coleção laminar hipodensa com espessura de até 1,5 cm. Fígado de dimensões, contorno e coeficientes de atenuação habituais, exceto por diminutos nódulos hipodensos. Colostomia com alça de cólon descendente em topografia de flanco esquerdo. Espessamento parietal de alça de íleo, com redução de sua luz, sem fatores obstrutivos evidentes. Distensão difusa de alças colônicas, notadamente de cólon transverso, algumas com nível hidroaéreo.

Após alguns dias, apresentou melhora clínica para extubação, mantendo apenas períodos febris ou subfebris, com urocultura e hemocultura negativas. Nesse momento, também foram adicionados Fluconazol e Metronidazol ao arsenal de antibioticoterapia. Diante da progressão do estado geral sem novas intercorrências, o paciente foi transferido para ala de enfermaria clínica.

Na busca de sítio infeccioso para os picos febris/subfebris persistentes, a odontologia descartou qualquer sinal infeccioso em cavidade oral, não houve relato de lesão por pressão ou exteriorização de sangramentos, o paciente se manteve sem linfonodos palpáveis, osteoartrite ou lesões melanocíticas e foi feito Trimetoprima com Sulfametoxazol e Piperacilina/Tazobactam sem mudança nos padrões de episódios febris (tabela 1). Elevação de temperatura também refratária a três dias de uso de Prednisona.

DATA	QUANTIDADE DE EPISÓDIOS	TEMPERATURA	HORÁRIO
30/11/2022	2	38 // 38.3	10H // 22H
01/12/2022	1	38.5	16H
02/12/2022	2	38.9 // 39	11H // 2H
03/12/2022	1	38	17H
04/12/2022	1	37.9	10H
05/12/2022	1	38.3	16H
06/12/2022	AFEBRIL		
07/12/2022	1	37.8	16H
08/12/2022	AFEBRIL		
09/12/2022	1	37.8	16H
10/12/2022	AFEBRIL		
11/12/2022	AFEBRIL		
12/12/2022	1	37.9	16H
13/12/2022	1	37.8	18H

Tabela 1. Sumário de episódios de febre durante internação em enfermaria.

Nos antecedentes do paciente, só se identificava colopexia há 01 ano, sem comorbidades, alergias, transfusões prévias, medicamentos de uso contínuo ou outras causas de internação. A mãe é diabética, sem histórico familiar para doenças cardíacas, gastroenterológicas ou renais. Negou utilismo e foi tabagista por 14 anos (carga tabágica de 5 maços-ano).

Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, anictérico, acianótico, afebril, PA: 126 x 80 mmHg, FC: 121 bpm, FR: 15 irpm, SatO₂: 95% em ar ambiente, temperatura de 36,2°C, ausculta cardíaca e respiratória sem alterações, abdome distendido, depressível, hipertimpânico, RHA +, indolor a palpação superficial, sem VMG, indolor à palpação profunda difusa, sem sinais de irritação peritoneal, com bolsa de colostomia em

flanco esquerdo, cicatriz pós cirúrgica sem sinais flogísticos e sem saída de secreção. Extremidades aquecidas, perfundidas, TEC de 3s, sem edemas, panturrilhas livres e pulsos presentes.

Em exames complementares de acompanhamento, o paciente não manifestou nada digno de nota em duas endoscopias digestivas altas, tomografia de crânio e tórax (essa apenas evidenciou um leve derrame pleural à esquerda com atelectasia compressiva de parênquima adjacente à época da distensão abdominal) e três ecocardiogramas transtorácicos. 3 amostras de diferentes de urocultura sem crescimento bacteriano, 2 amostras de hemocultura sem crescimento e 1 última com crescimento de *Enterococcus Faecium* sensível somente a Linezolida em dose padrão.

Atribuiu-se, portanto, os picos febris a essa infecção da corrente sanguínea, tratada com esquema direcionado e mantendo observação para evolução do quadro após suspensão de antibióticos e corticoides que estavam sendo concluídos. Após 48 horas de observação, a paciente se manteve em temperatura normal.

CONCLUSÕES

Diante de um quadro de dificuldade de diagnóstico etiológico, foi lícita a recorrência de certas rotinas de exames complementares durante a internação desse paciente. A febre nosocomial está bem associada a procedimentos cirúrgicos, sondagem urinária, intubação endotraqueal, cateteres, medicamentos e imobilização que se associa à embolia pulmonar de repetição.

Na perspectiva das hemoculturas, preconiza-se a coleta de pelo menos três amostras com intervalos de quatro horas no primeiro dia e uma amostra no segundo e terceiro dias (de preferência coincidindo com picos febris), para otimizar a identificação do agente microbiano – fato que pode explicar a não detecção desses em culturas anteriores.

As indicações para terapêutica de prova nos pacientes com FOI são muito restritas e devem ser feitas em condições bem definidas. As desvantagens da terapêutica de prova são múltiplas. Geralmente recorre-se a antibióticos, corticosteroides e agentes antiblásticos, todos com efeitos colaterais potencialmente graves ou que podem obscurecer o quadro clínico já confuso, acrescentando mais febre, icterícia, farmacodermias, leucopenia, diarreia ou outros sintomas (LAMBERTUCCI et. al., 2005). Por isso, talvez, algumas hemoculturas tenham se apresentado sem crescimento bacteriano (na vigência de outros agentes antimicrobianos), mantendo sempre alguma resposta febril. Ademais, vale lembrar que o caso atendeu à epidemiologia brasileira de incidência etiológica do segmento infeccioso como causa ainda principal de FOI.

REFERÊNCIAS

AMATO NETO, Vicente. Febre de origem indeterminada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 3, p. 323-327, 1969.

ANTUNES, Cristiana Santos et al. Febre de origem indeterminada: relato de um diagnóstico inesperado. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 37, n. 5, p. 456-461, 2021.

BREUNIG, Raquel Cristine; NASCIMENTO, Renata Farinon do; ZAVASCKI, Alexandre P. Febre de origem indeterminada. **Acta méd.(Porto Alegre)**, p. 562-570, 2009.

FERREIRA, Mafalda et al. Febre de Origem Indeterminada num Hospital Terciário Português: Um Estudo de Coorte. **Medicina Interna**, v. 29, n. 2, p. 133-139, 2022.

FERRARI, Teresa Cristina de Abreu; PEDROSO, Enio Roberto Pietra. Febre de origem indeterminada (FOI): estudo prospectivo de 34 casos e revisão de literatura. **Rev. méd. Minas Gerais**, p. 47-52, 1998.

LAMBERTUCCI, José Roberto; ÁVILA, Renata Eliane de; VOIETA, Izabela. Febre de origem indeterminada em adultos. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 38, p. 507-513, 2005.

NASCIMENTO, Izac Rodrigues; RODRIGUES, Jairo Lisboa; AGUIAR, Paulo Fernando. Febre de origem indeterminada. Relato de caso. **Revista da Sociedade Brasileira de**, v. 7, n. 5, p. 353-355, 2009.

NICOLETTI, José Carlos et al. Febre de origem indeterminada. **Rev. cient. AMECS**, p. 74-9, 2000.

PEREIRA, Nelson Gonçalves. Febres prolongadas de origem obscura. **ACTA MSM-Periódico da EMSM**, v. 1, n. 1, p. 27-45, 2013.

RONCHI, Fernanda Carneiro et al. Febre de origem indeterminada em portador de marcapasso definitivo: Febre de origem indeterminada em portador de marcapasso definitivo. **Journal of Cardiac Arrhythmias**, v. 28, n. 2, p. 81-89, 2015.

VENTURA, Inês Garcia Biléu. **À procura do diagnóstico: um caso de febre de origem indeterminada**. 2018. Tese de Doutorado.

VOLTARELLI, Júlio C. Febre e inflamação. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 27, n. 1/2, p. 7-48, 1994.