

CELULITE A COLIBACILO

pelo **Dr. Irajá Dani Ungaretti**

Assistente voluntário da Cadeira de Clínica infantil e ortopédica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre — Assistente de enf. 33 da Santa Casa de Misericórdia de P. Alegre — Traumatologista do H. de Pronto Socorro de P. Alegre — Membro do S.B.O.T.

Relatamos um caso raro de inflamação do tecido sub-cutâneo frouxo, da cõxa de uma paciente baixada à 33.^a enfermaria da SANTA CASA, serviço do Prof. CESAR AVILA.

Relato do caso:

Menina S. B. de 13 anos de idade, branca, brasileira, natural de Santa Maria. Baixou à enfermaria a 29 de março de 1948.

Conta-nos que há 6 meses atrás começou a sentir fortes dores na região glútea direita, com propagação para a cõxa. Após 12 dias, a região dolorosa começou a inchar, assim como apareceram manchas avermelhadas de tamanhos variáveis. Como seu estado geral não estava afetado, não se acamou. Não tirou a temperatura por falta de meios. A apalpação não era dolorosa.

Há três meses atrás a extremidade superior do membro afetado já estava bem deformada pelo edema e por essa época, começou a localizar-se sobre a face externa do 1/3 superior da cõxa uma tumefação que doia muito. Essa tumescência foi crescendo pouco a pouco e após 15 dias rompeu deixando sair regular quantidade de pus, que até hoje se escôa pelo mesmo orifício.

Sempre gosou bôa saúde. Tem seis irmãos; um, há 13 anos passados teve uma infecção osteomielítica do femur direito e no ano passado novo surto no humerus direito.

A paciente é mormolínea estênica com parícuo adiposo normalmente desenvolvido; musculatura eutrofica; psiquismo lúcido; ótimo estado de nutrição, pesa 51 kg. e possui 1,56 m. de altura. As mucosas são coradas, marcha normal, glânglios linfáticos palpáveis, pequenos, roliços e indolores, os da região inguinal direita são maiores, ligeiramente dolorosos e deslizáveis como os demais. Temperatura: 36,8° C.

Exame da região doente:

Notamos a cõxa direita com o diâmetro ligeiramente maior que o da oposta, a face externa apresenta-se avermelhada e de aspecto luzidio. A 10 cm. abaixo do grande trocanter existe um orifício de 28 mm. de diâmetro de bordos descolados e bem irregulares, êsse orifício apresenta um fundo de colocação rósea claro e deixa escoar líquido serofibrinoso, ligeiramente espesso. A temperatura cutânea um pouco mais elevada que a do lado oposto. A apalpação acusa leve dôr ao nível da região glútea, sacro ilíaca e 1/3 superior da cõxa. Introduzindo um estilete na fistula, toma uma orientação para cima e para trás, em uma profundidade de 20 cm. sem que sangrasse e que a paciente, acusasse dôr. Pela sondagem com o estilete, não conseguimos tocar partes ósseas.

A articulação cõxo femural apresenta todos os movimentos ativos e passivos iguais aos do lado sã.

A paciente já nos trazia:

Reação de Wassermann e Kahn 0000
Exame do pus, cujo resultado era o seguinte: "Não foram encontradas células neoplásticas, nem germes pelos processos gerais de pesquisa direta."

Hemosedimentação: "1.^a hora: 68, 2.^a hora: 128 Índice de Katz: 68.

Inicialmente fizemos uma radiografia da articulação coxofemural e da sacro ilíaca, mas nada nos acusou.

No dia 31 de março, fizemos uma série de radiografias, tendo injetado NOSY-LAN pela fistula, essas radiografias mostravam o trajeto fistuloso orientando-se para cima (Figs. 1 e 2), indo até o sacro, mas não parecia atingir partes ósseas.

Nêsse mesmo dia, retiramos sob anestesia local, um gângulo inguinal e borda do

orifício da fistula, afim de obtermos o exame anatomopatológico.

O resultado foi o seguinte:

"Úlcera crônica de pele, com tecido de granulação. Linfadenite crônica".

Fizemos reações de Mantoux a 1/1000 e 1/100, em ambas, o resultado foi negativo. Mas apesar desse resultado estávamos pensando em uma tuberculose sacro ilíaca direita e assim iniciamos o tratamento pelo Sterogyl, uma ampola por semana, Vitamina C-500 mgr. diários e Vitamina A 100000 U. I. percutâneos diariamente.

A temperatura mantinha-se sempre entre 36,6 37, 3.º C. e o pus camo se nada estivessemos fazendo.

Em 28 de abril, sob raquianalgesia — Scurcaina — abrimos o trajeto fistuloso. Incisamos todo o trajeto fistuloso, que ia do orifício da fistula, 10 cm. abaixo do grande trocanter, até a região lombar numa extensão de mais ou menos 40 cm. O trajeto foi totalmente aberto e curetado. Essa fistula não ia além do tecido juxta facial.

Após termos curetado totalmente o trajeto, enchemos com Stopton peritonial e tamponamos com gases vaselinada.

Foi firmado então nessa ocasião o diagnóstico de CELULITE, que na maioria dos casos é uma infecção devida ao **Staphylococcus aureus**, ou ao **Streptococcus hemolyticus**, ou mais raramente, ao **Clostridium**. Iniciamos, assim, o tratamento pela Penicilina: 50000 U. O. de 3/3 horas e 1,0 gr. de Sulfatiazol de 4/4 horas; essa foi suspensa no segundo dia de tratamento, pois a paciente apresentou intolerância.

O pus recolhido durante a intervenção foi mandado ao laboratório para exame bacterioscópico. O resultado foi o seguinte:

Exame direto à fresco — negativo.

Exame direto pelo gram — negativo.

E o exame anátomo patológico do trajeto fistuloso foi:

Processo inflamatório crônico, com áreas de necrose.

Nota: o aspecto histológico muito se assemelha ao das gômas sifilíticas.

Em vista desse resultado, ficamos pensando: Haverá um terreno sifilítico que nos está retardando a cura? Resolvemos como tratamento de prova, administrar Bismuto e Arsênico (Octilan e Arsenox).

Cinco dias após a intervenção levamos o curativo que estava completamente empapado de pus amarelado e espesso. Os curativos eram feitos semanalmente com Sulfa e gase vaselinada. Desta maneira

passaram três meses, a extensa cicatriz havia fechado, permanecendo porém, 6 orifícios fistulosos que deixavam escoar constantemente pus mais fluído e menos amarelado do que antes. Durante todo esse tempo, a temperatura raríssimas vezes atingiu 38.º Centígrados.

Novamente recolhemos o pus para exame laboratorial, e passados alguns dias, nos veio o resultado:

Pesquisa de bacilo Koch — negativa.

Exame bacterioscópico — Bacilos gram negativos.

Cultura — Colônia de colibacilos — Escherichia Coli.

RESULTADOS OBTIDOS COM DIETAS NORMAIS NO TRATAMENTO DO

DIABETE MELLITUS

(Estudo de 27 casos)

Em vista dessa nova elucidação, suspendemos a penicilina que nada nos adiantava e iniciamos o tratamento pela Streptomina, administrando 1,0 gr. por dia. E, diariamente enchemos as fistulas com Stopton peritonial.

Após 7 dias, isto é, depois de terem sido aplicados 7 gramas de Streptomina, as fistulas estavam diminuindo e 10 dias após, 4 delas fechavam.

Por motivos econômicos suspendemos o uso da Streptomina, que foi reiniciado 20 dias depois. Foram feitos mais 7 gramas, uma grama diário em duas aplicações de meio grama.

No fim desta segunda série tudo estava completamente cicatrizado, e assim se mantém até hoje, 1.º de março de 1949. Quatro meses já passam que teve alta de nosso serviço. (Figs. 3, 4 e 5).

CONCLUSÕES

- 1 — Que uma celulite crônica da coxa e nádega pode simular uma afecção da articulação sacro ilíaca.
- 2 — Que nas celulites crônicas devemos sempre que possível, identificar o germe em causa.
- 3 — Que a Escherichia Coli, pode ser responsável pela infecção.
- 4 — Que esta infecção pode ser secundária a uma contaminação fortuita, por ocasião da evacuação.
- 5 — Que no caso presente, a Streptomina deu resultados excelentes.

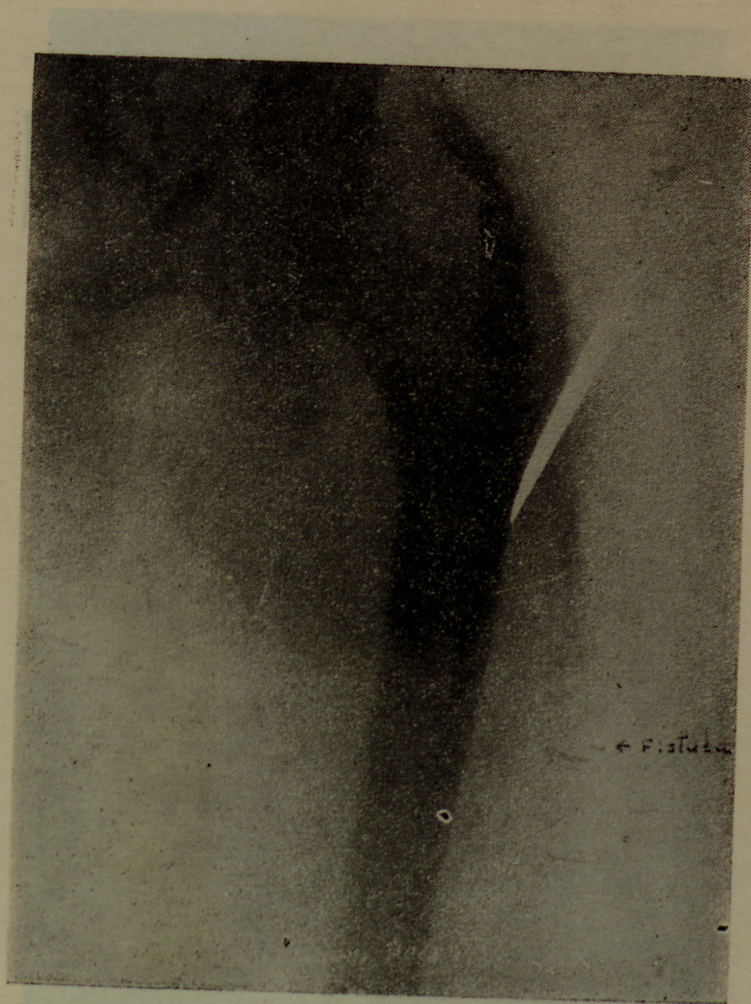


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5