

## FORMAS GRAVES DO SÍNDROME DE WEIL \*

Adelirio J. Rios Gonçalves \*\* F. Santino Filho \*\*\* Reynaldo Quagliota Jr. \*\*\*\*  
e Lúcia Emi Suzuki \*\*\*\*\*

*São apresentados 6 casos graves do síndrome de Weil.*

*Especial atenção é dada aos 2 primeiros pacientes, desde que em ambos houve confusão inicialmente com quadros abdominais agudos de caráter cirúrgico ao lado de quadro de choque no início da sintomatologia. Um deles apresentou posteriormente na evolução hemorragia digestiva fulminante e incoerível responsável pela evolução fatal.*

*Nos 4 restantes o quadro clínico foi dominado pela icterícia geralmente severa, insuficiência renal aguda, manifestações neuropsíquicas, necessitando todos eles terapêutica pela diálise peritoneal, ao lado de outros recursos terapêuticos que poderão ser usados nestas formas graves.*

*Atenção também é despertada no sentido de enquadramento sistemático das leptospiroses no diagnóstico diferencial das icterícias, desde que são frequentes entre nós.*

Constitui o síndrome de Weil a expressão mais severa de leptospirose devendo ser sempre olhada como condição grave e de potencial evolutivo mortal; não deve, pois, ser considerada condição benigna ou de prognóstico bom.

A este síndrome adicionam-se, às vezes, algumas condições que tornam o prognóstico ainda mais reservado e que, quando presentes, nos permitem usar o rótulo de "formas malignas" a despeito muitas vezes da evolução para a cura.

Enquadramos sob a denominação de Weil "maligno" os enfermos que apresentam icterícia, geralmente severa, insuficiência renal aguda, fenômenos hemorrágicos cutâneos-mucosos, estes últimos às vezes de gravidade surpreendente; alterações neuropsíquicas tais como síndrome menín-

geo, torpor ou coma, tendência à hipotensão arterial, distúrbios graves da volemia, às vezes choque, e anemia progressiva. (Quadro 1).

Estes casos são muito importantes, sobretudo por sua frequência; assim é que temos deparado com um número bastante elevado deles no Hospital Isolamento Francisco de Castro. Outro aspecto de não menor importância é o de que a despeito da dramaticidade que estes casos assumem, um tratamento bem conduzido e persistente pode resultar na recuperação de muitos deles.

### MATERIAL

No decurso do ano de 1968 transitaram pelo H.S.E. 10 casos de Leptospirose. Dês-

\* Trabalho do Serviço de Clínica do Hospital dos Servidores do Estado.

\*\* Médico Assistente do Serviço de Clínica Médica e do Hospital Isolamento Francisco Castro.

\*\*\* Assistente do Serviço de Clínica Médica.

\*\*\*\* Residente-Sênior de Clínica Médica.

\*\*\*\*\* Residente-Júnior de Clínica Médica.

## QDADRO I

### Principais manifestações clínicas da série

caso	Reg. HSE	icterícia	insuf. renal	manif. hemorrág. cutâneo-mucosas
1	136100	+	+	+ (petéquias, sufusão conjuntival, escarros hemoptóicos).
2	355525	+	+	+ (petéquias, sufusão conjuntival, hemorragia digestiva).
3	295391	+	+	+ (sangramento oral, púrpura).
4	67318	+	+	+ (sangramento oral, epístaxe).
5	33764	+	+	+ (sangramento oral).
6	342550	+	+	+ (petéquias, sufusão conjuntival).

---

manif psíquicas	rigidez de nuca	torpor	coma	hipotensão arterial	choque	anemia
--------------------	--------------------	--------	------	------------------------	--------	--------

+	+	+		+	+	+
---	---	---	--	---	---	---

+		+	+	+	+	+
---	--	---	---	---	---	---

+	+	+	+			+
---	---	---	---	--	--	---

+	+	+	+			
---	---	---	---	--	--	--

+		+		+		+
---	--	---	--	---	--	---

+		+	+	+		+
---	--	---	---	---	--	---

---

tes selecionamos 6 para o presente estudo, por considerarmos bons exemplos daquilo a que nos propomos.

Quatro pacientes foram do sexo masculino; a idade mínima foi de 35 e a máxima de 56 anos.

Dos 6 casos 2 tiveram evolução fatal, 1 com morte súbita (miocardite comprovada na autópsia); o outro, uma paciente do sexo feminino que faleceu em consequência de hemorragia digestiva fulminante por microulcerações do estômago, caso também comprovado pela necrópsia.

O diagnóstico foi essencialmente clínico em 4 casos, desde que as provas de soro-aglutinação não foram realizadas por falta de material, assim como o estudo bacteriológico. Esse procedimento foi realizado em dois casos: no n.º 6 durante a doença (título positivo para *Leptospira icterchaemorragiae* na diluição de 1/512); no n.º 4 a soro-aglutinação foi realizada 5 meses após o início da doença sendo também positivo para a mesma espécie (diluição 1/256).

Biópsia hepática foi realizada nos 4 que sobreviveram e os dados obtidos foram compatíveis com a doença de Weil. Os 2 pacientes nos quais a biópsia hepática não foi realizada e coincidentemente também, não o foi a soro-aglutinação, tiveram evolução fatal e os elementos macro e microscópicos (de autópsia) foram compatíveis com leptospirose.

As biópsias musculares foram realizadas em 3 pacientes (casos 2, 4 e 5) e os achados em 2 (casos 4 e 5) foram aqueles de miopatia tóxica que, em conjunto com os demais elementos, corroboram o diagnóstico.

Apenas um realizou biópsia renal (caso 5) a qual demonstrou alguns túbulos com cilindros pardacentos, vacuolização de células de revestimento e infiltrado inflamatório focal.

A presença de leptospirosas não foi evidenciada nos órgãos estudados.

O estudo bioquímico realizado (Quadro II), demonstrando presença de insuficiência renal associada com elevações, de moderada a severa, das taxas de bilirrubina e com valores não muito altos de transaminases, fornece também elementos importantes se usados em conjunto com outros dados.

Para finalizar salientamos que na nossa experiência, a biópsia hepática é de grande valor diagnóstico no decurso da doença de Weil. Assim é que quadros estereotipados demonstrando *hepatite colestática centrolobular e dissociação trabecular* repetiram-se na presente série (1, 11).

#### DISCUSSÃO

Condição hoje bastante freqüente no Estado da Guanabara, sistematicamente deve fazer parte do diagnóstico diferencial das ictericias, fato que não ocorria anos antes.

O aumento surpreendente do número de casos ocorreu após chuvas torrenciais e inundação que originaram os surtos epidêmicos de 1966 e 1967 (7, 9); no entanto a doença tornou-se endêmica neste Estado e áreas próximas, provavelmente devido à falta de controle da Saúde Pública no que concerne ao combate ao principal reservatório, o rato. A erradicação da doença é de difícil realização desde que este animal possui também hábitos silvestres.

Quase a totalidade da população atingida entre nós é de baixo nível social, condição importante na epidemiologia da doença.

Fatos análogos foram observados em vários Estados do Brasil como Bahia, Pernambuco, Pará e Estado do Rio (5, 7, 8).

O interesse maior na presente série é o de apresentar alguns aspectos polimórficos da doença. Assim é que os dois primeiros casos foram tomados de início como condição abdominal aguda de caráter cirúrgico. Como ambas as pacientes tinham história de febre com dor abdominal severa, náuseas, vômitos, icterícia e sinais de irritação peritoneal, a possibilidade de colecistite aguda foi levantada no 1.º caso e de peritonite com septicemia no 2.º. A intervenção cirúrgica só não foi realizada porque a possibilidade de doença de Weil foi suspeitada e comprovada através da evolução clínica e exame físico.

Interessante é que ambas enfermas entraram com a mesma história clínica seguida de quadro de choque, uma já icterica e a outra com aparecimento rápido de icterícia no 3.º dia de internada e 7.º dia de doença.

Ocorreram insuficiência renal aguda e fenômenos hemorrágicos, expressos no 1.º caso por pneumonia hemorrágica seguida

## QUADRO II

### Estudo bioquímico (sangue)

---

caso	uréia	creatinina	R.A.	F.A.	colesterol	bilirrubina	TGO
1	162	—	14,2	20	295	8,28	40
2	225	12	14	8	344	28	40
3	200	5,6	13,5	44	295	25,6	31,5
4	360	9,4	12	56	369	39,6	64
5	425	8,3	11,8	10	332	22,4	33
6	300	10,3	16,8	16	320	31,8	60

---

---

TGP	turvação do tímol	floculação	cefalina colesterol	sulfato de zinco	hemoglo- bina	hemató- crito
96	9	+	+	13	10,8	33
59	17	++	+++	23	7,1	23
39	17	++	+++	21	9,9	31
102	17	++++	++++	23	6,6	21
55	13	+	++	21	5,8	18
115	17	++	+++	26	8,8	28

---

de escarros hemoptóicos e no 2.º através de hemorragia digestiva severa responsável pela evolução fatal, ao lado de púrpura nas 2 enfermas.

Estes fatos são importantes de serem assinalados desde que a intervenção cirúrgica nestes pacientes seria de conseqüência desastrosa. Se entretanto houver bom conhecimento da história natural da doença e se perfeita anamnese fôr tomada, a possibilidade de doença de Weil será suspeitada na grande maioria dos casos.

A anamnese em algum destes casos é de difícil realização devido às condições precárias dos enfermos, tornando o reconhecimento da condição problemático.

Estes fatos têm sido assinalados na literatura e pacientes com leptospirose foram operados como sendo portadores de colecistite (2, 3) e apendicite (3, 6).

Esta condição pode ainda simular através dados clínicos e laboratoriais obstrução biliar (2, 4, 10).

Quadros abdominais cirúrgicos nas leptospiroses são simulados pela presença de comprometimento da musculatura abdominal, por hemorragia peritoneal ou por pancreatite (3, 7, 12).

Os 4 últimos pacientes apresentaram quadros graves de icterícia severa e insufi-

ciência renal aguda necessitando todos eles a terapêutica através da diálise peritoneal. A recuperação ocorreu em 3 dos casos.

Do ponto de vista terapêutico, considerando especificamente essas formas graves, retiramos os seguintes ensinamentos:

a) Os distúrbios de volemia devem ser rigorosamente tratados pois são fatores que determinam ou agravam as lesões renais. São ainda elementos importantes na patogenia do choque e das lesões tissulares;

b) A diálise peritoneal deve ser indicada sistematicamente e precocemente;

c) A eficácia dos antibióticos é duvidosa. Parece que seu valor restringe-se à fase inicial do doença;

d) Por fim, achamos que os esteróides têm uma boa indicação nestes casos, embora uma maior experiência seja necessária. Uma conclusão mais exata torna-se difícil devido aos múltiplos elementos terapêuticos utilizados. Em caso de uso, suas indicações são limitadas somente aos casos evidentemente severos, em fase crítica da doença por curto prazo (3 dias no máximo), e somente naqueles em que a diálise está sendo realizada.

### Summary

*Six cases of Weil's disease are presented.*

*The first two patients deserve special attention, since both presented acute abdominal surgical syndromes, as well as shock in the beginning of their disease. One of them had fulminant gastrointestinal hemorrhage leading to death.*

*In the other 4 cases, severe icterus, acute renal insufficiency, neurologic and psychiatric manifestations prevailed in the clinical picture. All of them had peritoneal dialysis and supportive care.*

*Since leptospirosis is frequent in our country it should be always included in the differential diagnosis of icterus.*

### BIBLIOGRAFIA

- 1) Arean, V. M. — The pathologic anatomy and pathogenesis of fatal human leptospirosis (Weil's disease). *An. J. Path.*, 40: 393, 1962.
- 2) Ball, H. A. — Leptospiiral jaundice. A report of two cases. *Am. J. Clin. Path.*, 3: 283, 1933.
- 3) Edwards, G. A. and Domm, B. M. — Human leptospirosis. *Medicine*, 39: 117, 1960.
- 4) Edwards, G. A. and Weir, T. F. — Leptospiiral jaundice simulating common duct obstruction. *Am. Surgeon*, 30: 619, 1964.
- 5) Machado da Silva, R. — Estudo clínico e laboratorial da leptospirose

- icterohemorrhagiae. Tese. Bahia, 1966.
- 6) Mc Crumb, F. R. Jr., Stockard, J. L., Robinson, C. R., Turner, L. H., Levis, D. G., Maisey, C. W., Kelleher, M. F., Gleisher, C. A., and Sma-del, J. S. — Leptospirosis in Malaya. Sporadic cases among military and civilian personnel. *Am. J. Trop. Med. and Hyg.*, 6: 238, 1957.
  - 7) Pereira da Silva, J. J., Paiva, L. M., Souza Netto, B. A., Guedes e Silva, J. B., Coura, J. R. — Estudo preliminar das leptospiroses no Estado do Rio de Janeiro. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2 (6): 317, 1968.
  - 8) Resende, M., Lobão, A., Brito Melo, G., Costa, C. A. — Primeiros casos de leptospirose diagnosticados sorolô-gicamente em Belém. *Anais Inst. Med. Trop.*, 23: 245, 1966.
  - 9) Rios Gonçalves, A. J.; Santino Filho, F.; Duarte, F. — Doença de Weil. Aspectos epidemiológicos, clínicos, laboratoriais e anátomo-patológicos de 14 casos. *Bol. Cent. Est. Hosp. Serv. Est.*, 19: 147-166, 1967.
  - 10) Rios Gonçalves, A. J. Oliveira, S. M. R. — Doença de Weil simulando obstrução do colédoco. *Bol. Cent. Est. Hosp. Serv. Est.*, 19: 127-133, 1967.
  - 11) S. Juan, F.; Duarte, F.; Treiger, M. e Rios Gonçalves, A. J. — Aspectos histológicos e funcionais do fígado na leptospirose ictero-hemorrágica. *O Hospital.* 74: 95, 1968.
  - 12) Tartari, J. A., Wajchenberg, B. Veronesi, R., Biehmer, O., Meira, J. A., Cintra, A. B. U. — Pancreatite aguda na leptospirose ictero-hemorrágica. *Rev. Med. e Cir. São Paulo*, 13: 37, 1953.