

Diarreia do viajante

MARIA JOÃO ALEIXO*

A diarreia do viajante (DV) é a situação clínica mais frequente nos viajantes, sobretudo se viajam de zonas mais desenvolvidas para outras menos desenvolvidas.

Trata-se de uma síndrome geralmente autolimitada em que há diarreia frequentemente associada a outros sintomas. Raramente constitui um risco para a vida, mas a morbidade que determina é acentuada.

A DV pode apresentar-se de forma aguda ou crónica.

A DV aguda é maioritariamente infecciosa, sendo algumas bactérias responsáveis pela maior parte dos casos em todo o Mundo. Pode manifestar-se como diarreia aquosa ou «disentérica». Nas crianças são particularmente frequentes os vírus como agentes etiológicos de DV aguda.

Pelo contrário, a maioria dos casos de DV crónica não é infecciosa. As situações de etiologia infecciosa são geralmente causadas por parasitas.

O rigoroso cumprimento de medidas de higiene e de normas de alimentação segura será a melhor forma de prevenir a DV.

O tratamento da DV assenta basicamente em três medidas: hidratação, fármacos antiperistálticos e antimicrobianos.

Epidemiologia

Como anteriormente referido, a DV é a situação clínica que mais morbidade causa nos viajantes. O destino da viagem é o principal determinante de risco. Outros factores incluem a época da viagem, a duração, o estilo de viagem e as condições de alojamento e de alimentação, a idade e o estado de saúde do viajante.

As taxas de incidência variam con-

soante os locais de origem e de destino do viajante. Um viajante oriundo de um país desenvolvido corre maior risco ao deslocar-se para países tropicais ou subtropicais, geralmente menos desenvolvidos, relativamente a um viajante natural dessas últimas regiões.

O risco é baixo (incidência aproximada de 4%) em viagens para a América do Norte, norte e centro da Europa, Austrália e Nova Zelândia. Taxas de incidência intermédias (8%-20%) encontram-se em viajantes para a maioria dos destinos das Caraíbas, sul da Europa, Israel, Japão e África do Sul. Destinos de elevado risco (taxas de incidência de 20-90% nas primeiras duas semanas) incluem o México e os países em vias de desenvolvimento de África, América Central e do Sul, Médio Oriente e Ásia (Figura 1).

Outro condicionante de risco para DV é a idade: a DV é mais frequente e as suas complicações poderão ser mais graves nos extremos etários.

As taxas de incidência são semelhantes em ambos os sexos.

O viajante pode ter mais do que um episódio de diarreia durante uma única viagem.

Clínica

A DV caracteriza-se por aumento da frequência das dejeções para pelo menos o dobro do habitual e por emissão de fezes pastosas ou líquidas. Pode acompanhar-se de cólicas abdominais, náuseas, vômitos (15% dos casos), febre e/ou sangue nas fezes (estes últimos sintomas ocorrem em 2% a 10% das situações).

A DV aguda tem um início súbito, descrevendo-se basicamente duas formas de apresentação:

- Aquosa
Afecta cerca de 60% dos viajantes. O

*Especialista em Infecçologia
Serviço Especialidades
Médicas B/Infecçologia
Hospital Garcia de Orta

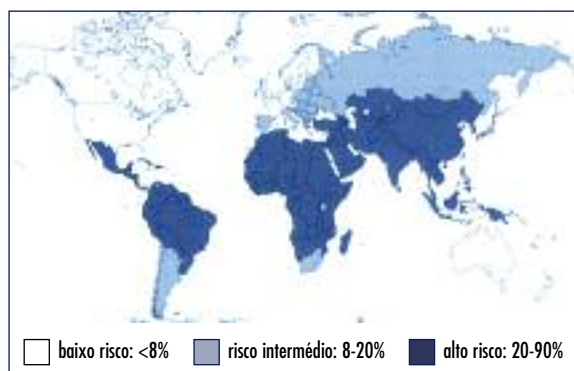


Figura 1. Áreas de risco para diarreia do viajante (adaptado de Steffen et al).

agente mais comum em todo o Mundo é *Escherichia coli* enterotoxigénica (ETEC). Caracteriza-se pela emissão de fezes pastosas ou aquosas, sem sangue. Sintomas acompanhantes incluem dores abdominais de tipo cólica, náuseas, vômitos, flatulência, urgência para evacuar, febrícula e mal-estar. O principal perigo é a desidratação, particularmente nas crianças e nos idosos. A imediata reposição hídrica e o tratamento antibacteriano precoce são geralmente bem sucedidos.

- «Disentérica»

Muito mais rara, afecta até 15% dos viajantes. Resulta de uma infecção intestinal mais grave, com invasão da parede, causada por algumas bactérias (como *Shigella* spp., *Salmonella* spp., *Campylobacter* spp.) e, menos frequentemente, por parasitas (por ex. *Entamoeba histolytica*). A disenteria caracteriza-se pela presença de sangue nas fezes com ou sem muco, febre, cólicas abdominais e prostração. O tratamento antibacteriano precoce é essencial, mantendo uma adequada hidratação. Deve ser consultado um médico se os sintomas forem muito intensos ou se não houver melhoria com os antibacterianos.

Os episódios de DV geralmente ocorrem durante a viagem ou logo após o regresso e habitualmente são autolimi-

tados, com duração média de 3 a 5 dias. Cerca de 10% dos casos persistem mais de uma semana, aproximadamente 2% mais de um mês e menos de 1% mais de 3 meses.

Considera-se DV crónica quando os sintomas persistem mais do que um mês. Este tipo de diarreia pode acompanhar-se de dor abdominal vaga, enfartamento, náuseas, perda de apetite, cansaço, emagrecimento e febrícula. A DV crónica é me-

nos frequente e distinta da aguda no que se refere à etiologia e aos factores de risco. A identificação de agentes infecciosos ocorre numa minoria das situações, parecendo serem mais frequentes as causas não infecciosas – intolerância à lactose pós-infecciosa e síndrome do cólon irritável. *Giardia* e *Campylobacter* são os agentes infecciosos mais comuns. O diagnóstico etiológico deve ser sempre investigado, sob orientação médica. O tratamento empírico com antimicrobianos poderá ser tentado se não houver hipótese de recorrer ao médico; nestes casos pode-se assumir *Giardia* como o agente mais provável e medicar com metronidazole ou tinidazole.

Etiologia

A DV adquire-se pela ingestão de bebidas e/ou alimentos contaminados com fezes. Tanto os alimentos cozinhados como crus podem ser implicados, se tiverem sido incorrectamente manipulados. Alimentos particularmente arriscados incluem carne, peixe ou marisco crus ou mal cozinhados e fruta ou vegetais crus. Água da torneira, gelo e leite e derivados não pasteurizados podem associar-se a aumento do risco de DV; bebidas seguras incluem as engarrafadas (sobretudo as gaseificadas), cerveja, vinho, café ou chá quentes e

água fervida e adequadamente tratada com iodo ou cloro. Também o local de preparação dos alimentos é importante, com risco crescente das casas privadas para os restaurantes e destes para as vendas de rua.

Os agentes infecciosos são a principal causa de DV. A flora microbiana do tubo digestivo pode modificar-se de forma rápida e profunda, geralmente contendo microrganismos com potencial patogénico entérico. Quando o inoculo de microrganismos patogénicos ingeridos é suficientemente grande para ultrapassar os mecanismos de defesa do hospedeiro manifesta-se a DV.

Referem-se em seguida os principais microrganismos envolvidos na DV (Quadro 1).

1. Bactérias

ETEC foi responsável pela maioria dos casos de DV em quase todos os países onde se efectuaram estudos. Produz diarreia aguda aquosa associada a cólicas e a febrícula ou apirexia.

Shigella spp. são a principal causa da disenteria aguda («shigelose» ou «disenteria bacilar»).

Salmonella é causa de gastroenterite

aguda em todo o Mundo, estando muitas vezes associada a surtos de intoxicação alimentar nos países desenvolvidos. A sua relevância na DV parece ser menor. A infecção pode manifestar-se com diarreia aguda aquosa ou disenteria.

Campylobacter jejuni é causa frequente de diarreia em todo o Mundo. Desconhece-se a dimensão da sua responsabilidade na DV, mas estudos recentes apontam para valores elevados, particularmente em alguns países e nalgumas épocas do ano. Manifesta-se por diarreia aguda aquosa ou disenteria.

Bactérias menos frequentes: *Vibrio parahaemolyticus* (associa-se à ingestão de peixe ou marisco crus ou mal cozinhados), *E. coli*, *Yersinia enterocolitica* (pode causar disenteria); *Vibrio cholerae* O1 e O139, *V. cholerae* não-O1, *Vibrio fluvialis* e, possivelmente, *Aeromonas hydrophila* e *Plesiomonas shigelloides*.

2. Vírus

Alguns autores referem que cerca de 5% a 10% dos casos de diarreia aguda aquosa são causados por vírus, sobretudo nas crianças. Contudo, a impor-

QUADRO I

ETIOLOGIA DA DIARREIA DO VIAJANTE (ADAPTADO DE MANDELL)

Característica	América latina (15 estudos)	África (3 estudos)	Ásia (8 estudos)
Duração da estadia (dias)	21 (2-42)*	28 (28-35)	(28-42)
Incidência (%)	52 (21-100)	54 (36-62)	(39-57)
Percentagem com			
ETEC	46 (28-72)	36 (31-75)	(20-34)
<i>Shigella</i>	0 (0-30)	0 (0-15)	(4-7)
<i>Salmonella</i>		0 (0-0)	(11-15)
<i>Campylobacter jejuni</i> <i>Vibrio</i>	–	–	(2-15)
<i>parahaemolyticus</i> <i>Rotavírus</i>	–	–	(1-13)
	23 (0-36)	0 (0-0)	–

*Mediana (intervalo) de 26 estudos

tância dos vírus como causa de DV não está ainda definida.

Em 6 estudos, 36% dos viajantes com diarreia tinham rotavírus nas fezes. Contudo, um número comparável de viajantes assintomáticos também tinha rotavírus, e em até 50% das pessoas sintomáticas com infecções por rotavírus também foram identificados outros patogénicos não virais.

Cerca de 10% a 15% dos viajantes desenvolvem evidência serológica de infecção por vírus tipo Norwalk.

O papel de adenovírus, astrovírus, coronavírus, enterovírus ou outros agentes virais como causa de DV ainda é menos claro. Embora os vírus sejam frequentemente adquiridos pelos viajantes, não parecem ser causa frequente de diarreia em adultos.

3. Parasitas

Apesar de causarem DV menos frequentemente do que as bactérias, os parasitas intestinais, sobretudo protozoários, são reconhecidos agentes etiológicos de diarreia. Há poucos estudos bem conduzidos que permitam quantificar a relevância dos parasitas como causa de DV.

Percentagens de 0%-12% foram atribuídas a *Giardia intestinalis*, de 0%-5% a *Entamoeba histolytica*, de 2%-5% a *Cryptosporidium parvum* e de 1%-11% a *Cyclospora cayetanensis*.

A probabilidade de etiologia parasitária é maior nas diarreias prolongadas. Nos casos de disenteria (fezes com sangue) deve considerar-se a hipótese etiológica de *E. histolytica*. *Dientamoeba fragilis*, *Isospora belli*, *Balantidium coli* e *Strongyloides stercoralis* são causas ocasionais de DV.

Para identificar muitos destes parasitas (como *E. histolytica*, *C. parvum*, *C. cayetanensis*) são necessários testes de diagnóstico específicos.

A evidência indica que na maioria dos casos de DV um ou mais agentes infecciosos serão a causa, excepto as

raras situações em que há patologia gastrointestinal prévia ou induzida por fármaco. No entanto, 20% a 50% dos casos de DV ficam sem etiologia esclarecida. Da mesma forma, não há dados para defender causas não infecciosas, tais como alterações da dieta, fuso horário, altitude ou fadiga.

Prevenção

Para prevenção da DV há quatro abordagens possíveis: 1) instrução sobre o consumo de alimentos e bebidas; 2) imunização; 3) uso de fármacos não-antimicrobianos; 4) uso de antimicrobianos.

1. A evidência indica que o cumprimento escrupuloso dos cuidados com o consumo de alimentos e bebidas pode reduzir a probabilidade de DV. No entanto, tal prática é muito difícil para a maioria dos viajantes. A frequente lavagem das mãos é também essencial. (Quadro 2)

2. Não há ainda vacinas eficazes para a DV, nem se prevê a sua existência nos próximos anos.

3. Quanto aos agentes não-antimicrobianos com potencial profilático na DV, apenas o subsalicilato de bismuto provou ser eficaz - diminui a incidência de DV em cerca de 60%. Não existe em Portugal.

A loperamida (Imodium®) não tem qualquer eficácia na prevenção da DV e o difenoxilato (Lomotil®) aumentou a incidência de DV.

Não há dados a suportar o uso profilático do carvão activado.

4. Em estudos controlados com antibacterianos na profilaxia da DV, a doxiciclina, o trimetoprim/sulfametoxazole (TMP/SMX), o trimetoprim isolado, a ciprofloxacina e a norfloxacina foram eficazes em 52% a 95% em vários locais do Mundo em vias de desenvolvimento. No entanto, a eficácia destes agentes depende dos padrões de resistência das bactérias patogénicas em

QUADRO II

PRECAUÇÕES PARA EVITAR ALIMENTOS E BEBIDAS NÃO SEGUROS

- Evitar comida crua, excepto fruta e vegetais que possam ser descascados, e evitar frutos com casca danificada
- Evitar comida cozinhada que tenha sido mantida à temperatura ambiente durante várias horas
- Comer apenas alimentos bem cozinhados e ainda quentes
- Evitar pratos à base de ovos crus ou mal cozinhados
- Evitar alimentos comprados em vendedores de rua
- Evitar gelados de origem duvidosa, incluindo de vendedores de rua
- Em países em que biotoxinas venenosas possam estar presentes em peixe e bivalves, obter aconselhamento local
- Ferver leite não pasteurizado antes de consumir
- Ferver água para beber se a sua segurança for duvidosa; se não for possível ferver, pode ser usado um filtro certificado e em boas condições e/ou um agente desinfectante
- Evitar o gelo, a não ser que tenha sido feito com água segura
- Evitar escovar os dentes com água não segura
- Evitar o contacto com águas de recreio potencialmente contaminadas
- Bebidas frias engarrafadas ou embaladas são geralmente seguras desde que estejam seladas; bebidas quentes são geralmente seguras

cada região, e tal informação raramente existe. A resistência às fluoroquinolonas tem sido a menos frequente, mas essa realidade está a mudar à medida que o uso destes fármacos se generaliza.

A utilização de antibacterianos na profilaxia da DV não é recomendada por várias razões: 1) não têm qualquer actividade contra vírus ou parasitas, podendo dar uma falsa sensação de segurança; 2) não há estudos que provem que o benefício é superior aos riscos inerentes aos potenciais efeitos adversos; 3) não há evidência de que um episódio de DV possa agravar significativamente outras doenças, justificando os riscos da utilização profiláctica de antibacterianos; 4) o potencial contributo para a emergência de resistências, dificultando o tratamento em caso de desenvolvimento de DV; 5) o tratamento precoce da DV é rapidamente eficaz.

Tratamento

A abordagem da DV passa pela hidratação, pelo alívio dos principais sintomas – cólicas abdominais e diarreia –

e pelo tratamento etiológico. (Figura 2)

1. Hidratação oral

A maioria dos casos de DV é autolimitada, requerendo apenas reposição hidrossalina.

Adultos com diarreia ligeira/moderada devem ingerir pelo menos 3-4 L de líquidos por dia, sobretudo água, e evitar leite e derivados durante a fase aguda; sal e açúcar em pequena quantidade facilitam a absorção hídrica por parte do intestino.

Crianças com diarreia ligeira podem manter a dieta mas a ingestão de líquidos deve ser bastante aumentada. A utilização de soros de rehidratação pode ser benéfica.

Adultos com diarreia grave e crianças com diarreia moderada/grave, sobretudo se as dejeções forem muito frequentes e abundantes, devem iniciar tratamento imediato com a solução de rehidratação oral (SRO) da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Quadro 3). Este produto está disponível na maioria dos países tropicais e subtropicais.

2. Fármacos não específicos

O subsalicilato de bismuto diminuiu a

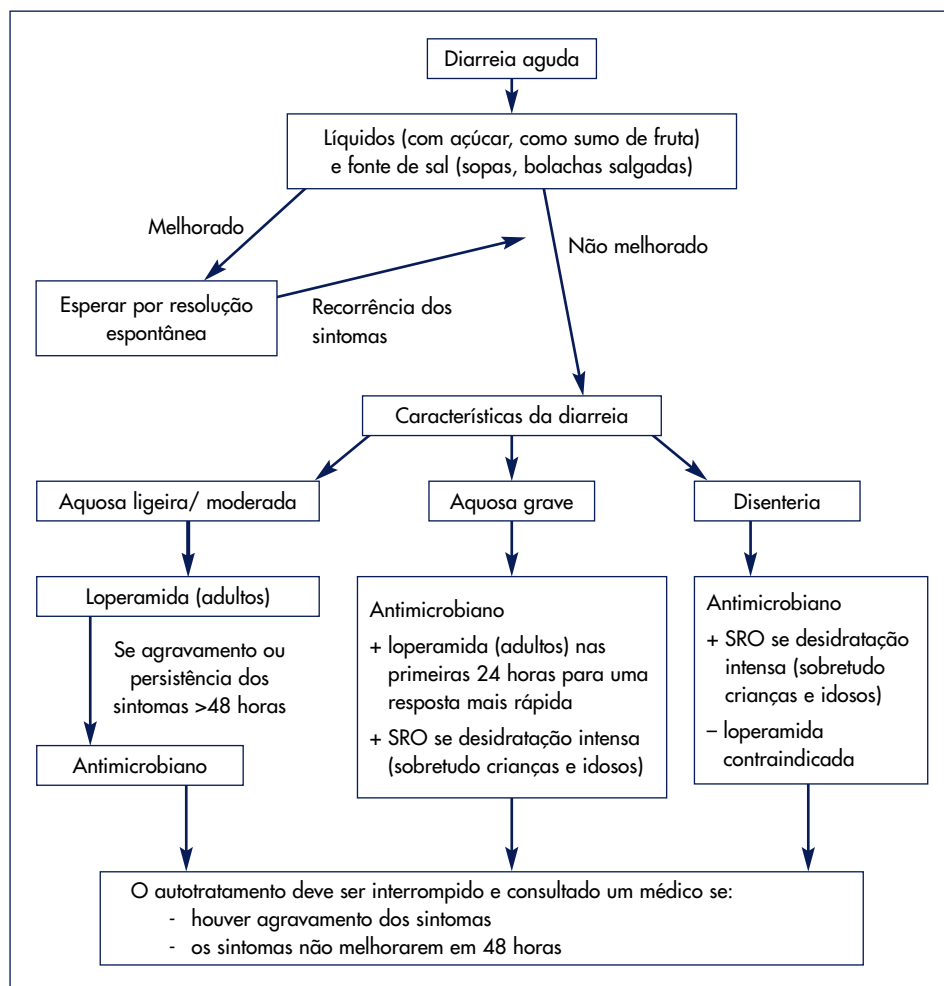


Figura 3. Diarreia do viajante – fluxograma (adaptado de Manson's).

frequência das dejeções e encurtou a duração da doença em vários estudos controlados por placebo.

As preparações com *Lactobacillus* e o iogurte tem sido defendidos por alguns autores mas não há evidência a suportar a sua eficácia na DV. O carvão activado mostrou ser ineficaz.

3. Antiperistálticos

Estes fármacos são amplamente utilizados no tratamento de todos os tipos de diarreia. O difenoxilato e a loperamida proporcionam um rápido alívio sintomático, embora transitório, da DV não complicada. No entanto, estão

contraindicados como terapêutica isolada nos casos de DV que cursem com febre elevada ou com sangue nas fezes – nestas situações podem ser utilizados conjuntamente com um antimicrobiano. Devem ser suspensos caso os sintomas persistam mais de 48 horas. Não estão indicados em crianças com idade inferior a 2 anos.

4. Antimicrobianos

Os antimicrobianos estão indicados nas situações de DV caracterizadas por 3 ou mais dejeções moles em 8 horas, particularmente se associadas a febre, sangue nas fezes, náuseas, vômitos ou

QUADRO III

COMPOSIÇÃO DA SOLUÇÃO DE
REHIDRATAÇÃO ORAL (SRO) DA OMS

Ingrediente	Quantidade
Cloreto de sódio	3,5 g/L
Cloreto de potássio	1,5 g/L
Glucose	20,0 g/L
Citrato trissódico *	2,9 g/L

*Uma formulação prévia com bicarbonato de sódio 2,5 g/L tinha uma menor durabilidade, mas era fisiologicamente equivalente e pode ainda ser produzida em alguns países.

cólicas abdominais intensas. A eficácia destes fármacos depende do agente patogénico envolvido e seu padrão de sensibilidade.

De um modo geral, os fármacos com maior probabilidade de eficácia na DV são as fluoroquinolonas, estando mais estudada a ciprofloxacina – 500 mg de 12/12 horas durante 3 dias, embora estudos recentes defendam igual eficácia de tratamentos mais curtos (até mesmo de dose única).

O TMP/SMX associa-se a mais efeitos adversos do que as fluoroquinolonas e a resistência dos patogénicos está mais disseminada.

A azitromicina tem revelado eficácia igual ou superior às fluoroquinolonas no tratamento da DV. Está particularmente indicada em crianças e grávidas e nos viajantes que se deslocam para áreas onde a probabilidade de resistência às quinolonas é grande (como por exemplo, a Tailândia). Administra-se na dose habitual, durante 3 dias. Tem a vantagem de também poder ser utilizada em infecções respiratórias.

Outros antimicrobianos utilizados incluem antiparasitários (como o metronidazole ou o tinidazole), indicados em situações de diarreia persistente, e fármacos mais recentes como a furazolidona (eficaz contra bactérias e alguns parasitas) ou a rifaximina. Os dois últimos não existem em Portugal.

5. DV em lactentes

A desidratação pode ser rápida e rapidamente fatal para um bebé com idade inferior a 2 anos. A melhor forma de prevenir a desidratação é associar a SRO da OMS à alimentação habitual do bebé. Deve ser mantida a amamentação, se for caso disso, o leite deve ter pouca ou nenhuma lactose e estão indicados alimentos como amidos, cereais, iogurte, frutas e vegetais.

Se a criança manifestar sinais de desidratação, se tiver febre elevada, vômitos persistentes ou sangue nas fezes, deve ser rapidamente consultado um médico.

Bibliografia

- Guerrant RL, Bobak DA. Traveler's Diarrhea. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases, 5ª edição. Churchill Livingstone; 2000: 1104-1105.
- Steffen R, Lobel HO. Travellers' Diarrhoea. In: Cook GC, ed. Manson's Tropical Diseases, 20ª edição. Saunders; 1996: 408-411.
- Rose SR. Traveler's Diarrhea and Rehydration Therapy. In: International Travel Health Guide, 12ª edição; 2001: 77-92.
- Centers for Disease Control. Traveler's Diarrhea. In: The Yellow Book (Health Information for International Travel, 2001-2002).
- Organização Mundial de Saúde. Environmental health risks. In: International travel and health 2003.
- Steffen R, Kollaritsch H, Fleischer K. Travelers' Diarrhea in the New Millennium: Consensus among Experts from German-speaking Countries. J Travel Med 2003; 10: 38-45