

Manifestação atípica de Meningoencefalite: um relato de caso

*Henrique Rivoli Rossi¹, Marcelle de Novaes Tavares¹, Tchandra Andrade Gomide¹,
Fernanda Teodora de Souza Abrantes¹, Amanda Moreira Pimentel¹, Natália Canêdo
Almeida¹, Janine Capobiango Martins², Nathália Monerat Pinto Blazuti Barreto²,
Leonardo José de Mendonça Araújo³*

1- Acadêmica do curso de Medicina do UniFoa

*2- Médica residente em Clínica Médica em Santa Casa de Misericórdia de Barra
Mansa*

Médico especialista em Neurologia, Orientador

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda - RJ

Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, Barra Mansa - RJ

Introdução:

A meningoencefalite é um processo inflamatório que ocorre no encéfalo. Pode ser causado por vírus, bactérias, fungos ou ainda neoplasias e intoxicações, inclusive por medicamentos, logo, constitui uma doença de ampla etiologia. As meninges podem ser acometidas simultaneamente, constituindo um quadro de meningoencefalite, bem como a medula espinhal, no quadro de encefalomielite. A meningoencefalite pode causar focos de necrose e hemorragias, sobretudo nos lobos parietais. O quadro clínico é variado. Os sinais e sintomas mais comuns são: febre, cefaléia, náuseas e vômitos, manifestações neurológicas focais, convulsões, sonolência ou agitação psicomotora, meningismo (triade composta de rigidez nuchal, fotofobia e cefaléia), coma e comprometimento de outros órgãos (em especial vias respiratórias, pele, parótidas). Em virtude da ampla etiologia, a meningoencefalite compõe um complexo quadro diagnóstico. A causa mais comum é o vírus herpes simples, mas as outras causas não podem ser negligenciadas. Além disso, há de se considerar amplo quadro diferencial: intoxicações, meningite bacteriana, vasculites cerebrais, hemorragia cerebromeningea. A comprovação definitiva se dá através dos dados clínicos e epidemiológicos acompanhados de exame de sorologia. O tratamento é composto pelo alívio dos sintomas, suporte nutricional e respiratório quando necessário, controle de eventuais convulsões e combate ao agente infeccioso. O prognóstico depende da etiologia. A mortalidade é maior em crianças.

Objetivos:

Relatar um caso de meningoencefalite. Demonstrar a importância da determinação da etiologia e do diagnóstico diferencial para a decisão sobre a conduta.

Relato de Experiência:

S.C.P, feminino, branca, doméstica, casada, deu entrada em pronto socorro de hospital de nível terciário queixando –se de dor abdominal de forte intensidade com irradiação para região lombar de início há cerca de 7 dias com piora progressiva. Relatava tratamento de infecção urinária em uso de Ciprofloxacino e sintomáticos neste período, sem melhora do quadro. Durante este período nega episódios febris. À admissão, paciente lúcida e orientada, deambulando, ausência de sinais neurológicos focais. Hipocorada, hidratada, ictérica (1+/4+), acianótica e febril. Ao exame físico, abdome flácido, peristáltico, timpânico, doloroso à palpação superficial e profunda em hipocôndrio direito, Murphy positivo. Giordano positivo bilateralmente. Restante do exame físico sem alterações, bem como exames laboratoriais. À princípio, a impressão para o quadro foi colecistite e/ou pielonefrite sendo iniciado Ciprofloxacino e Metronidazol associado a sintomáticos. Por volta do sétimo dia de internação, apresentou discreta melhora clínica com cessação da dor e vômitos, mas relatava cefaléia holocraniana de forte intensidade. Cerca de 24 horas depois, iniciou de disúria e oligoanúria: bexigoma. Por volta do décimo dia de internação evoluiu com diminuição de força em MMII associada a cefaléia refratária e vômitos. Ultrassonografia de abdome apresentava colelitíase e/ou processo inflamatório ou obstrutivo agudo; e tomografia computadorizada de crânio que se apresentava normal. A análise do Líquor constatou hipoglicorraquia, hiperproteínoorraquia com predomínio de mononucleares Sorologias IgG positivas para: rubéola, herpes e citomegalovírus. Por volta do décimo primeiro dia de internação paciente evoluiu com desorientação aguda, agitação psicomotora associada a rigidez de nuca e perda de força em membros superiores e inferiores, mantendo exames laboratoriais sem alterações. Iniciado Ceftriaxone associado a Aciclovir com pouca melhora. No décimo quinto dia paciente apresentou piora progressiva não responsiva a terapêutica, evoluindo com parada cardiorespiratória não responsiva às manobras de reanimação cardiopulmonar e aminas vasoativas.

Conclusão:

As meningoencefalites são de etiologia variada, geralmente viral e devem ser suspeitadas na presença de febre com alterações neurológicas e/ou cognitivas agudas, em especial se houver pródromos virais recentes. Devido à clínica inespecífica, por vezes o diagnóstico pode passar despercebido, podendo acarretar em sérios prejuízos para o paciente. Portanto, na presença de alterações neurológicas agudas a possibilidade de meningoencefalite deve ser aventada, e prontamente iniciado tratamento adequado afim de reduzir morbidade e mortalidade desta doença de prognóstico reservado.

Referências Bibliográficas:

Alarcón Garcelán, María Carmen; Luque Márquez, Rafael; Merino Díaz, Laura; Rodríguez Torres, Patricia. Infección del sistema nervioso central por virus varicela zóster / Varicella-zoster virus infection of the central nervous system. **Med.clin (Barc)**; 143(1): 45-46, jul. 2014. Tab.

Calil Darzé, Rita Lucena, Irênio Gomes e Ailton Melo. Características clínicas laboratoriais de 104 casos de meningoencefalite criptocócica. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** vol.33 n.1 Uberaba Jan./Feb. 2000.

Fica A; Pérez C; Reyes P; Gallardo S; Calvo X; Salinas AM. Herpetic encephalitis: case series of 15 patients confirmed by polymerase chain reaction. **Rev Chilena Infectol**; 22(1): 38-46, 2005 Mar.

Luchsinger, Vivian. Sobre encefalitis herpética. **Rev Chilena Infectol**; 29(6): 696-696, dic. 2012.

Machado, Luis dos Ramos; Livramento, Jose Antonio; Vianna, Liliana Scaff. O exame do liquido cefalorraquidiano em doenças infecciosas do sistema nervoso: quando pedir, o que pedir, o que esperar. **Arq Neuropsiquiatr**; 71(9B): 693-698, tab.

Nádia Stella-Silva; Solange Artimos Oliveira; Keyla Belízia Feldman Marzochi. Doença meningocócica: comparação entre formas clínicas. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** vol.40 no.3 Uberaba May/June 2007.

Pittella, José Eymard Homem; Brasileiro Filho, Geraldo; Ottoni, Carlos Milton de Coutinho. Meningoencefalite linfocitária difusa aguda: relato de um caso clínico-patológico. **Arq. neuropsiquiatr**;44(3):280-8, set. 1986. ilus.

Soares-Ishigaki, Ellen Cristina Siqueira; Cera, Maysa Luchesi; Pieri, Alexandre; Ortiz, Karin Zazo. Afasia e herpes vírus: estudo de caso. **Sao Paulo Med J**; 130(5): 336-341, 2012. ilus, tab.

Steiner, I; Budka, H; Chaudhuri, A; Koskiniemi, M; Sainio, K; Salonen, O e Kennedy, P. G. E. Viral meningoencephalitis: a review of diagnostic methods and guidelines for

CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014
Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”

management. **European Journal of Neurology**: Volume 17, Issue 8, páginas 999–e57, agosto de 2010.

Valcour V; Haman A; Cornes S; Lawall C; Parsa AT; Glaser C; Yagi S; Tihan T; Bhatnagar J; Geschwind M. A case of enteroviral meningoencephalitis presenting as rapidly progressive dementia. **Nat Clin Pract Neurol**; 4(7): 399-403, 2008 Jul.

Palavras-chave: meningoencefalite, infecção viral, conduta.