



Caso 24, adaptado de: **Relato de Caso Clínico com finalidade didática:**

ID: 029

Data: 20 de agosto de 2013

Autora do relato: Rafaela Neman

Professor responsável: Valdes Roberto Bollela

Divisão de Moléstias Infecciosas e Tropicais, Departamento de Clínica Médica da FMRP-USP

Data da primeira consulta: 02/11/11

Identificação:

Maria Aparecida, 48 anos, branca, casada, camareira (afastada do trabalho), natural e procedente de Ribeirão Preto.

Queixa e Duração (QD):

Dor de cabeça e no corpo há 2 dias.

História da Moléstia Atual (HMA):

Paciente refere dor em região lombar há 2 dias, de forte intensidade e com irradiação para cristas ilíacas bilateralmente. Refere também mialgia difusa, cervicalgia e artralgia, além de relatar ser portadora de hérnia discal lombar, sendo que já possuía esta dor mencionada, porém em menor intensidade.

Há 1 dia, paciente evoluiu com febre não aferida, calafrios, cefaléia holocraniana de forte intensidade, que piorava com a movimentação do pescoço, pulsátil e dor retro ocular, a qual cedia com Dipirona. Associado a esse quadro, paciente apresentava náuseas, porém negou vômitos. Nega instabilidade de marcha, parestias ou parestesias.

Paciente procurou UBS, onde foi feita hipótese diagnóstica de meningite, com prescrição de Ceftriaxona e dexametasona.

Interrogatório dos Diferentes Aparelhos (IDA):

Cabeça e Pescoço-> paciente refere cefaléia holocraniana (vide HMA); nega adenomegalias.

Aparelho Respiratório-> paciente relata tosse produtiva há uma semana, dispnéia aos médios esforços de longa data e nega dispnéia paroxística noturna e ortopneia.

Aparelho Cardiovascular-> dor precordial recorrente em repouso.

Aparelho Gastrointestinal-> nega alteração do hábito intestinal.

Aparelho Gênilo-urinário-> nega queixas urinarias. Neuromuscular e Osteoarticular-> refere mialgia (vide HMA).

Antecedentes Pessoais (AP):

Tabagismo 10 cigarros/dia há 35 anos;

Nefrectomia Direita há 23 anos para doação de rim;

Parceiro atual já realizou tratamento para TB;

Refere lesão em região lombar E recorrente, iniciando-se como vesícula pruriginosa que se rompe, com formação de ulceração;

Antecedentes Familiares (AF):

Não informado

EXAME FÍSICO:

BEG, corada, hidratada, anictérica, acianótica, afebril.

Pele: nada digno de nota

Cardiorrespiratório: 2BRNF, sem sopros, FC: 72 bpm, PA: 150x100; MV+, reduzido em base D, sem ruídos adventícios, Sat O₂ (ar ambiente): 97%.

Abdome: globoso, normotenso, RHA+ e normoativos, indolor, sem visceromegalias.

Neurológico: Glasgow 15, discreta lentificação ao efetuar cálculos e localizar datas, pupilas isofotorreagentes,

Sem rigidez de nuca, Testes de Kernig e Laségue negativos

Sem déficit motor.

Exames Laboratoriais

• **Hemograma (resumo)**

		Valores Normais
VCM	99,7	-
HB	14,5	4,3-5,7 10 ⁶ / μL
HT	44	39-50%
GB*	8,1	3500-10500 10 ³ / μL
PLQ	176	150-450 10 ³ / μL
*		
Neutrófilo		5900
Linfócito		1800
Eosinófilo		100

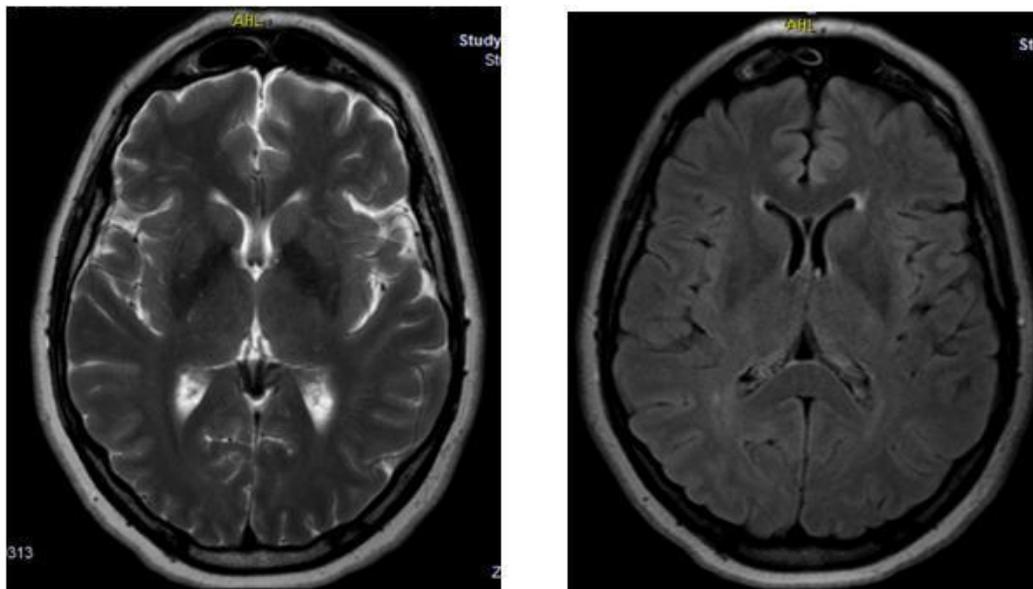
• **Demais**

	Resultado	Valores Normais
Creatinina	0,9	0,7- 1,5 Mg/DL
Uréia	21	10-50 Mg/DL
Sódio	140	135-145 MMol/L
Potássio	3,9	3,5-5 MMol/L
Cálcio iônico	1,29	1,12-1,32
Proteína C reativa	0,5	Até 0,5 MMol/L
INR	0,94	Até 1,5
TTPA	0,96	Até 1,26

Elisa anti-HIV: não reagente

Punção e exame do LCR: pressão inicial de 20cmH₂O, Aspecto límpido, incolor; **780 células** (180 hemácias, 7% neutrófilos e **93% de linfócitos**); Tinta da china negativa; ausência de bactérias; **Proteína de 125**; Glicose de 42 (gli sangue: 80); Látex: negativo. Cultura para bactérias negativa.

Ressonância Magnética no dia 08/11/11: pequenos focos de hipersinal, TR longo, esparsos na substância branca sugestivos de gliose e/ou desmielinização. Não há sinais de processo inflamatório no encéfalo.



Nova punção de LCR: pressão de 31 cm H₂O, 650 células (95% linfócitos e 5% de neutrófilos); Culturas negativas; Proteína de 57,9 e glicose de 53; Pesquisa de antígeno criptocócico negativa; Pesquisa de antígenos bacterianos negativa; PCR para poliomavírus, adenovírus, hespervírus tipo 6, EBV, CMV, enterovírus, VZV e herpes simples tipo I negativo; **PCR para herpes simples tipo II - POSITIVO.** VDRL (LCR) não reagente; ELISA para HIV sangue - não reagente;

Transferência para enfermaria de MI em 10/11/11

Hipótese diagnóstica: Meningite Herpética

Iniciado Aciclovir, 10mg/kg/dose, 3 vezes ao dia

DESFECHO:

Paciente apresentou boa evolução, manteve-se afebril durante toda a internação, com desaparecimento dos sintomas.

Alta hospitalar em 25/11/11

OBS: evolução líquórica do paciente

	02/11	04/11	23/11
Celularidade	780	650	69,9
Linfócitos	93%	95%	100%
Proteína	125	57,9	34,14
Glicose	42	53	54

O estudante deverá ser capaz de:

- a) Citar quais as principais diagnósticos diferenciais de uma meningite linfocitária.
- b) Explicar, para este caso, quais os principais achados que indicam o diagnóstico de meningite herpética.
- c) A meningite herpética costuma estar acompanhada de encefalite viral. Neste caso existe alguma indicação/evidência de encefalite? Explique.
- d) Descrever como é feito o tratamento deste quadro? (Medicamento e dose diária)
- e) Conhecer os cuidados que devemos ter quando prescrevemos altas dose de aciclovir, especialmente se for endovenoso. (efeitos colaterias mais comuns – cite-os).
- f) Explicar se, neste caso, existe indicação do uso de corticóide.
- g) Descrever quais os exames complementares podem sugerir/confirmar a etiologia herpética para um quadro de meningite ou meningoencefalite herpética.