

CASO CLÍNICO 25

Data: 20/04/2011

Antonio da Silva, 36 anos, natural de Leme-SP, procedente de Ribeirão Preto, analista de sistemas, solteiro.

QD: "Dor de cabeça há 4 dias"

HMA: Paciente DM1 há 13 anos, em uso de NPH 20-20-20 UI, apresentou quadro de crise convulsiva associada a hipoglicemia (dextro: 20) há 4 dias, evoluindo com cefaléia frontal de forte intensidade, associado a mialgia, náuseas, vômitos e hiporexia. Afebril, com piora progressiva do quadro procurou HC-UE em demanda espontânea.

Antecedentes pessoais:

- Paciente etilista social e tabagista 11 anos/maço. Refere hepatite aos 14 anos, tatuagem há 7, nega transfusões e outras comorbidades.
- Quadro de cetoacidose aos 23 anos conduzido na UE, e balanopostite no mesmo ano, tratada com cipro 10 dias.
- Novo episódio de cetoacidose aos 24 anos.
- Acompanhamento na OFT por membrana justa macular OD e atrofia coriorretiniana OE desde 2000.
- IVAS há 30 dias tratada com sintomáticos.

Antecedentes familiares:

- Mãe falecida de Ca hepático.
- Pai falecido de esclerose múltipla
- 2 irmãs saudáveis

Exame Físico:

Geral: REG, orientado, corado, desidratado 1+/4+, anic., aciant., 37,8 Temp, sudoréico.

Respiratório: AR: MV+ bilat, FR 18%, Sat O₂ 97% Ar ambiente

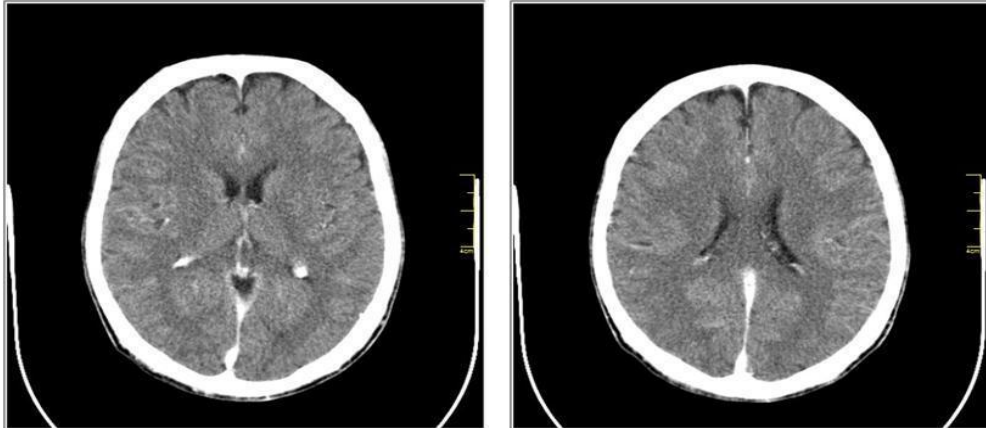
Cardiovascular: BRNF2T, S/ sopros, FC 104 PA 220X110, TEC < 3s

ABD: Plano, Flácido; RHA+, desconforto a palpação HD, SVM, DB neg.

Extremidades bem perfundidas, sem edemas.

Neurológico: Glasgow 15, força preservada, simétrica. Sem sinais meníngeos.

21 de abril de 2011- Tomografia de crânio.



CT: Ausência de sinais de sinusopatia, seios face aerados; Desvio de septo nasal à esq com esporão ósseo. Ausência de lesões cerebrais

Exames complementares:

- Ph: 7,37 ;pO2: 63,4 ;pCO2: 39,4 ;HC03 22,4 ;BE: - 2
- Lac: 1 ;Ur:66 ;Cr: 1,6 ;Na: 126 ;K:4,8 ;Cai:1,23; Glic: 297
- Hb 13 ; HT 40 ;PLQ 228000 - Gb 11.500 - S 9.500; E 100; L 1.400; M 500
- Proteína C reativa: 0,5
- Dengue: NS1: IgM neg; IgG neg
- Urina: glic 4+ ;corpos cetônicos: neg; Ptn 4+ ; Lc: 4-6; Hc: 10-12

Mantinha febre 38,1°C, tremores e náuseas, sem intercorrências e alterações no exame físico, mas evoluiu com confusão mental. –

FOI TRANSFERIDO PARA MI

25 de abril: -Admitido na enfermaria com Glasgow =11 (AO 3 RV 4 RM 4) Bradicinesia

Ao exame: Rigidez de nuca + Laségue neg Kernig +

Solicitado LCR:

Células: 256 c/ predomínio linfocitário (98%)

Proteína: 145

Glicose: 48 - Glic sérica= 140

Sorologias:

HIV negativo, HBV, HCV e VDRL= negativos

26 de abril:

Piora clínica= Novo LCR

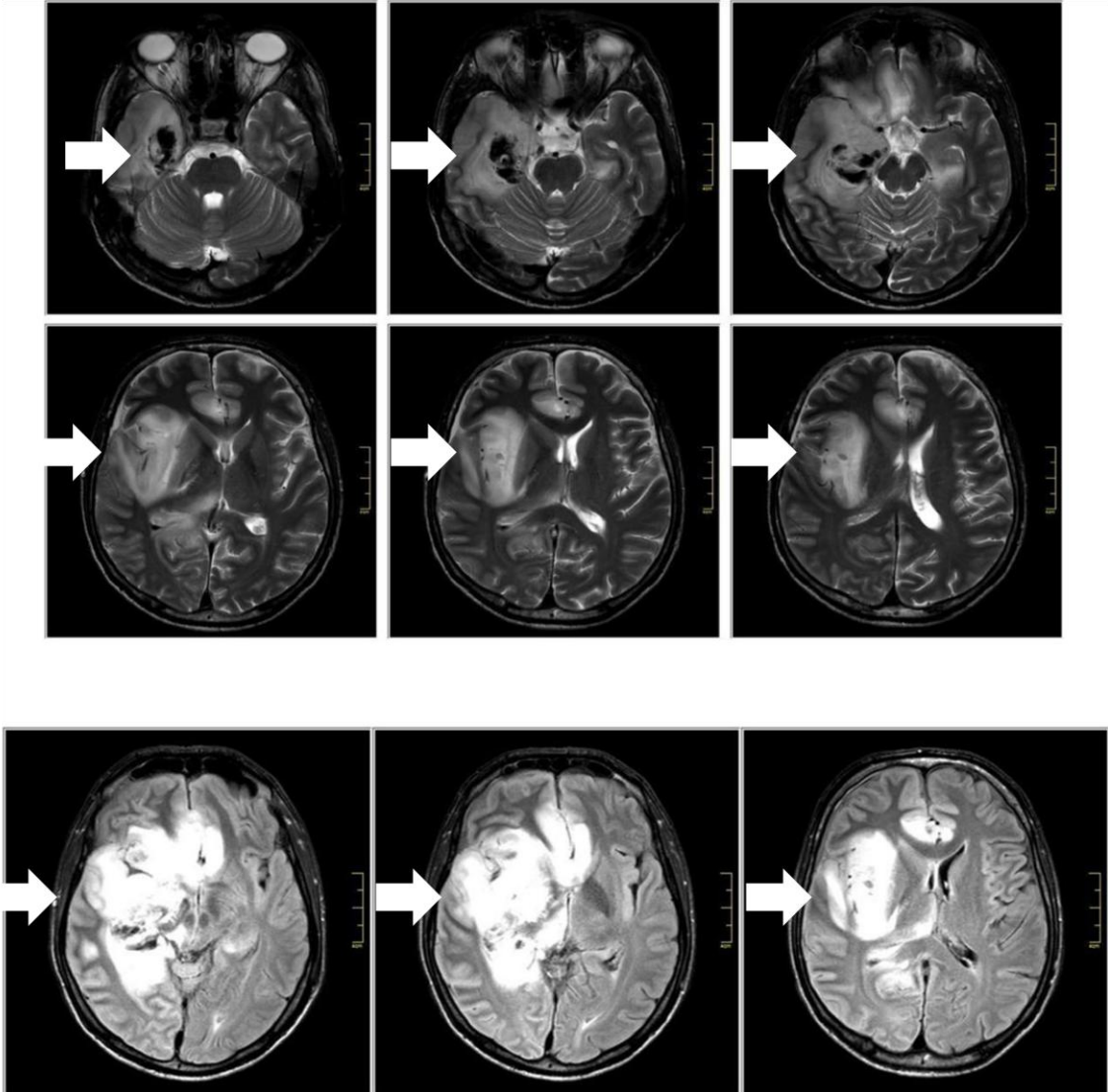
Células: 600 - 100% linfócitos –

Proteínas: 431; Glicose: 113

Conduta:

Foi iniciado Aciclovir; Fluconazol; RIPE a fim de cobrir neuroinfecções com predomínio linfomonocitário .

Solicitada uma angioressonancia:



Resumo laudo da RNM encéfalo: Múltiplas Lesões com componente edematoso e hemorrágico, com distribuição vascular devendo-se excluir embolia séptica e mais remotamente tromboflebite e vasculite.

Extensa lesão heterogênea com efeito de massa em região fronto-parieto-temporal D e distribuição perinsular estendendo-se para núcleos da base.

Diante da gravidade do caso e da presença de diabetes mellitus, optou-se por associar ampicilina EV com intuito de cobrir *Listeria monocytogenes*.

Eletroencefalograma:

Encefalopatia difusa **e presença de alterações no EEG na região temporal a direita.**

Resultado dos exames:

- CIE Fungos LCR (Pb; Histoplasma; Candida; Criptococos) e Sérico (Pb; Histoplasma; Criptococo e Aspergilos): **NEGATIVOS**
- PCR enterovírus LCR: Neg; PCR: TB: **NEGATIVOS**
- PCR LCR Varicela: Herpes 2: **NEGATIVOS**
- **PCR LCR para Herpes 1: POSITIVO**
- Hemoculturas: 4 **NEGATIVAS**
- Cultura LCR: **NEGATIVA**
- Cultura LCR micologia e micob: **NEGATIVA**

EVOLUÇÃO E DESFECHO:

Foram suspensos tratamento para TB e Listeria.

Após dois dias do início do tratamento empírico paciente evoluiu com melhora clínica importante.

Paciente recebeu tratamento antiviral por 21 dias e evoluiu com melhora clínica importante, tendo alta após a conclusão do tratamento e com LCR normalizado e teve alta para seguimento ambulatorial depois de 10 dias.

O estudante deverá ser capaz de:

- a) Citar as principais causas de doenças que podem causar meningite e meningoencefalite linfocitária.
- b) Reconhecer que as vezes é necessário ampliar a cobertura antimicrobiana, quando o paciente tem evidencias de piora e de doença em atividade e progredindo.
- c) Descrever os achados mais comuns (clínica e exames complementares) em quadros de meningoencefalite herpética.
- d) Citar qual é o exame complementar mais importante para esclarecer a causa da MET herpética.
- e) Fazer a precificação do tratamento antiviral para este paciente.
- f) Avaliar e decidir sobre a indicação ou não de corticosteroide para o tratamento desta condição.