



Relato de Caso Clínico com finalidade didática:

ID: 005

Data: 01 de abril de 2013

Autora do relato: Natasha Nicos Ferreira

Professor responsável: Valdes Roberto Bollela

Divisão de Moléstias Infecciosas e Tropicais

Departamento de Clínica Médica da FMRP-USP

Registro HC: 1161998E

Datada primeira consulta: 23/12/2012

Identificação:

A.B.S., masculino, mulato, 24 anos, natural e procedente de Pontal, trabalha com serviços gerais.

Queixa e Duração:

Dor de ouvido e de cabeça há 5 dias.

História da Moléstia Atual:

Paciente com queixa de otalgia leve e plenitude em ouvido direito há 5, com início após banho de piscina, apresentando saída de secreção serosa. Relata aplicação de uma solução de óleo aquecido e alho no ouvido para alívio do incômodo. Evoluiu com febre aferida de 39º e cefaleia frontal pulsátil, refratária aos analgésicos comuns e associada a vômitos.

Interrogatório dos Diferentes Aparelhos (IDA):

Nada digno de nota.

Antecedentes Pessoais:

Nega patologias prévias. Nega contato com pessoas que tenham tido doenças febris.

EXAME FÍSICO:

BEG, consciente, hidratado, normocorado, afebril ao toque.

Oroscopia normal, otoscopia normal à esquerda, ouvido direito com presença de algodão e pequena quantidade de secreção purulenta, sem edema. Membrana timpânica íntegra e translúcida.

Cardiovascular: FC=78bpm, ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros. PA: 125/76mmHg

Respiratório: eupneico, murmúrio vesicular normoativo, sem ruídos adventícios. sat: 98%

Abdome: plano e indolor.

Neurológico: Glasgow 15, sinal de rigidez de nuca positivo, Brudzinski positivo, Lasegue negativo.

Hipóteses diagnósticas levantadas:

- Meningite? (pneumococo?)
- Otite média aguda?
- Mastoidite?

CONDUTA IMEDIATA: corticoterapia + ceftriaxona. Realizar punção de LCR e avaliação da neurologia.

Exames laboratoriais realizados:

- 23/12/2012
 - ✓ Creatinina 0,8 (normal: 0,7 - 1,6mg/dl)
 - ✓ Glicemia: 120 (normal:65-99 mg/dl)
 - ✓ Ureia: 33 (normal:15-50 mg/dl)
 - ✓ TGP: 6 (normal: até 41)
 - ✓ TGO: 10 (normal: até 38)
 - ✓ Sódio: 146 (normal: 135-145)
 - ✓ Potássio: 4,1 (normal: 3,5-5)
 - ✓ Cálcio iônico: 1,25 (normal: 1,12-1,32)
 - ✓ **Lactato: 3,4** (normal: 0,5-2,0mmol/l)
 - ✓ **proteína C reativa: 28,74** (normal: até 0,5mg/dl)
 - ✓ TTPA: ratio 1,43 (normal: <= 1,2)
 - ✓ TP: ratio 1,27 (normal:<= 1,3)

✓ HEMOGRAMA

	Resultados	Valores de referência
GV	4,08	4,3-5,7 10 ⁶ / μL
Hb	13,1	12-15,5 g/DL
Ht	38	35-45%
VCM	93,9	82-98
HCM	32,0	26-34
Plaquetas	294.000	
GB	21.800	3500-10500 /μL
N	89% (19400)	1700-8000
L	6% (13000)	900 a 2900
M	0	300 a 900
E	0	50 a 500
B	0	0 a 100

✓ LCR:

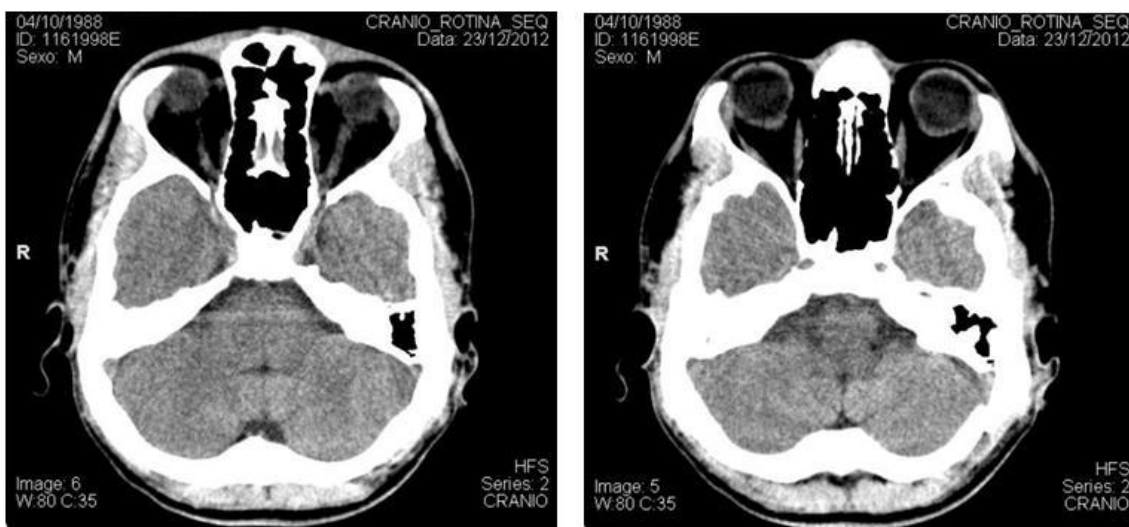
Parâmetro	Resultados
Análise do líquido	volume 1,5ml
	aspecto: levemente turvo
	cor: ligeiramente xantocrômico
Pós centrifugação	aspecto: límpido
	cor: ligeiramente xantocrômico
Exame citológico	células: 22.400 (normal: até 5)
	hemácias: 400
	neutrófilos 91
	monócitos 00
	linfócitos 09
	eosinófilos 00
	macrófagos 00
	plasmócitos 00
	basófilos 00

Tinta da china	Negativo
Gram	não foram observadas bactérias
Sorológico	latex: anti-neisseria meningitidis c/w135
Exames químicos	Proteína: 196
	Glicose: 18
	Cloreto: 122
Lactato	12,5 (normal: 0,94-1,98)

- 24/12/2012
 - ✓ Urina Rotina: normal
 - ✓ **HEMOCULTURA: negativa**
 - ✓ Cultura de LCR: negativa
- 26/12/2012
 - ✓ pesquisa de antígenos bacterianos
 - BCT meningococo A: negativo
 - BCT meningo B/ecoli k1: negativo
 - BCT meningococo C: positivo**
 - Pneumococo: negativo
 - Hemofilus: negativo

Exames de imagem (24/12/2012)

- Tomografia computadorizada ouvidos + Tomografia computadorizada crânio: Velamento de mastoide à direita e presença de conteúdo de partes moles preenchendo células da mastoide e ouvido médio; não é possível avaliar a continuidade entre ouvido médio direito e SNC devido à qualidade do exame.
- **FIGURA 1:** Tomografia Computadorizada (sem contraste) de 24 de dezembro de 2012



DIAGNÓSTICO:

- Meningite meningocócica
- Mastoidite à direita

CONDUTA: Suspende dexametasona e aumentar a dose de ceftriaxona para 2g 12/12h. Iniciar ciprofloxacina tópica em ouvido direito 3 gotas de 8/8h por 7 dias

EVOLUÇÃO: Paciente encaminhado para o Hospital Estadual para internação no dia 24/12, onde foi mantida conduta. Não apresentou febre e a cefaleia diminuiu, desaparecendo por completo no 5º dia de antibioticoterapia.

Apresentou **lesões bolhosas em lábio e mucosa oral, sendo tratado com aciclovir para herpes**. Cogitou-se a hipótese de trocar a ceftriaxona por penicilina, devido a confirmação de diagnóstico de meningococo, no entanto paciente referiu alergia prévia a penicilina e optou-se por manter ceftriaxona.

No dia 27/12 apresentou um episódio de cefaleia forte, associada a vômitos e refratária ao uso de tramadol de 8/8h. Foi aplicado tramadol em intervalos mais curtos e em associação a ondasetrona. Dia 31/12 (dia 7 de antibioticoterapia) foi dada alta hospitalar com resolução da cefaleia e das lesões orais. A orientação foi de manter aciclovir por mais 2 dias e realizar seguimento em UBS.

BREVE REVISÃO SOBRE O TEMA:

Meningite bacteriana aguda

As meningites são caracterizadas pela presença de processo infeccioso nas meninges, podendo acometer a pia-máter, a aracnoide e o espaço subaracnoideo. As causas de meningite podem ser bacterianas ou virais, sendo as bacterianas mais graves. As meningites bacterianas agudas são causadas principalmente por pneumococos, meningococos, hemófilos e estreptococos do grupo B.

Quadro clínico

É composto por 3 síndromes principais:

- Síndrome de hipertensão intracraniana: tríade clássica (cefaleia, vômito e edema de papila), podendo haver associação com náuseas e confusão mental.
- Síndrome toxêmica: sinais gerais de toxemia, como febre alta, agitação psicomotora e mal-estar.
- Síndrome de irritação meníngea:
 - Rigidez de nuca
 - Sinal de Kernig: em decúbito dorsal a coxa é fletida sobre o abdome cerca de 90º e perna é passivamente estendida. Se houver irritação meníngea o paciente resistirá à extensão
 - Sinal de Brudzinsk: em decúbito dorsal, faz-se flexão anterior da cabeça e observa-se que o paciente flete ligeiramente os joelhos;

- Sinal de desconforto lombar: em decúbito dorsal, o paciente flete um dos joelhos e tenta empurrar a mão do examinador, que fica apoiada na região plantar do paciente oferecendo resistência ao movimento. O sinal é positivo quando o há queixa de desconforto na região lombar.

A presente de duas das três síndromes sugere o diagnóstico de meningite aguda.

Em crianças os achados mais frequente são de irritabilidade, febre, prostração, vômitos, convulsões e, eventualmente, abaulamento de fontanela. Rigidez de nuca, sinal de Kernig e de Brudzinski são observados em 50% das crianças.

Diagnóstico

O exame de LCR é imprescindível para diagnóstico. Apresenta-se com aumento do número de células com predomínio absoluto de neutrófilos, hiperproteínoorraquia, hipoglicorraquia intensa e aumento do lactato. Muitas vezes encontra-se o agente etiológico através do exame bacteriológico direto, detecção de antígenos bacterianos pela prova do látex ou crescimento em meios de cultura para bactérias.

Os exames de neuroimagem não são de grande ajuda para o diagnóstico, sendo importantes apenas para identificar complicações das meningites agudas bacterianas (abscessos, ventriculites, coleções subdurais e epidurais infectadas). Em caso de (1) sinais de localização no exame neurológico, (2) síndrome toxêmica ausente ou pouco expressiva ou (3) presença de papiledema o exame de imagem deve ser realizado antes do exame de LCR.

Tratamento

Por ser uma emergência médica, a meningite requer tratamento empírico enquanto não se conhece o agente etiológico.

Idade	Agentes mais prováveis	Esquema de escolha
Menos de 3 meses	Estreptococos do grupo B, <i>Listeria</i> , <i>E. coli</i> , pneumococos	Ampicilina + ceftriaxona
3 meses a 18 anos	Meningococos, pneumococos, <i>H. influenzae</i>	Ceftriaxona
18 a 50 anos	Pneumococos, meningococos, <i>H. influenzae</i>	Ceftriaxona
Mais de 50 anos	Pneumococos, <i>Listeria</i> , bacilos Gram-negativos	Ampicilina + ceftriaxona

TABELA1. Tratamento empírico da meningite bacteriana aguda

Têm-se preconizado o uso de corticosteroides tratamento das meningites bacterianas agudas. Em adultos 10mg a cada 6h por 4 dias, em crianças 0,4 a 0,6mg/kg no mesmo esquema.

Diagnósticos diferenciais

Meningites virais em sua fase inicial, abscessos intracranianos com liberação de material infectado, meningoencefalites por tuberculose e fungos, focos infecciosos parameningíneos e meningismo.

Evolução

Após tratamento adequado, os pacientes com meningites bacterianas apresentam melhora rápida. A febre diminui de 6 a 12h após início do tratamento e os sinais de irritação meníngea melhoram em alguns dias. Classicamente realiza-se um novo exame de LCR após 3 dias do primeiro, para avaliar evolução do quadro.

Referências

1. LOPES, Antônio Carlos, et al. Tratado de Clínica Médica. 2.ed. São Paulo.Rocca,2009.