CASO CLÍNICO / *CLINICAL CASE*

Meningoencefalite: um caso de febre escaronodular complicada

/ **José Roberto Silva**[1]
/ **Adelino Carragoso**[1]
/ **Orlando Gaspar**[1]

[1] Serviço de Medicina 2, Hospital São Teotónio, EPE, Viseu

Correspondência:
José Roberto Silva
Praceta Bela Vista, Lote 8
3515-470 Abraveses-Viseu
Tel. 917232213
Email: robertjo@netvisao.pt

/ **Resumo**

A propósito de um caso clínico, os autores deste artigo fazem uma breve revisão sobre meningoencefalite como complicação de um caso de febre escaronodular.

Palavras-chave: meningoencefalite; febre escaronodular; Riquetsioses.

/ ***Abstract***

In reference to a clinical report, the authors of this article make a review about meningoencephalitis as a Mediterranean spotted fever complication.

***Key-Words**: meningoencephalitis; mediterranean spotted fever; rickettsiosis.*

/ Introdução

A febre escaronodular é uma *rickettsiose* causada pela *Rickettsia conorii* e transmitida pela picada do *Rhipicephalus Sanguineus* (carraça do cão). É endémica na região do mediterrâneo, sendo uma zoonose muito prevalente em Portugal[1].
Os critérios de diagnóstico baseiam-se no quadro clínico (febre, *tache noire*, exantema maculo-papular que não poupa as palmas das mãos e as plantas dos pés e mialgias) num contexto epidemiológico típico e na serologia (Imunofluorescência indirecta, W. Blot, PCR)[2,3].
O seu curso é habitualmente benigno; no entanto a ausência de um diagnóstico e tratamento precoces poderão conduzir a complicações potencialmente fatais. O seu tratamento passa por antibioterapia com Doxiciclina[2,3].

/ Caso Clínico

Identificação:
Mulher, 64 anos, casada, 2 filhos saudáveis, doméstica.

Motivo internamento:
Febre, alteração estado consciência e erupção cutânea.

História da Doença Actual:
Febre (38,5º), mialgias generalizadas e tosse seca com 2 dias de evolução.
A doente foi medicada para o domicílio com Azitromicina 500 mg/dia durante 3 dias por provável Infecção respiratória.
No dia seguinte recorreu ao serviço de urgência por manter o quadro clínico associado a erupção cutânea. Teve alta para o domicílio com diagnóstico clínico de febre escaronodular e foi medicada com Doxiciclina 100mg cada 12 horas.
Regressou no dia seguinte ao serviço de urgência por apresentar alterações do comportamento.

Antecedentes:
Diabetes mellitus tipo 2, dislipidémia e hipertensão arterial. Medicada no domicílio com Acarbose 50mg duas vezes por dia, Glimepirida 2mg duas vezes por dia, Sinvastatina 20mg/dia, Ramipril 5mg/dia.
Sem outros hábitos toxicológicos. Referia contacto frequente com cães.

Exame objectivo relevante:
A doente apresentava-se à entrada com uma escala de Glasgow de 11, com períodos de agitação psicomotora.



Figura 1: Tache noire, exantema maculo-papular difuso.

Encontrava-se febril (38,5ºc) e polipneica. Não apresentava alterações sob o ponto de vista hemodinâmico (pressões arteriais normais).
Relativamente ao exame neurológico sumário apresentava uma afasia global e sugestão de rigidez da nuca.
Apresentava ainda um exantema maculo--papular envolvendo as plantas do pé e as palmas das mãos, com presença de escara de inoculação no ombro direito (Fig 1).
Não apresentava outras alterações relevantes do exame objectivo.

Exames Complementares de Diagnóstico Iniciais:

• Análises: Leucocitose 12.5x10^9/L, Neutrofilia 89%, trombocitopenia 34.000 plaquetas; D-dimeros 14966 ng/ml, PCR 17.7mg/dl, glicose 307 mg/dl, TGO 153U/L, TGP 118U/L; creatinina 1.6 mg/dl, ureia 69 mg/dl; Ionograma normal; coagulação normal. Não foi possível doseamento de glicose 6PD. Hemoculturas e urocultura negativas.
Apresentava insuficiência respiratória tipo1 com baixas saturações de O2 (< 90%)
Electrocardiograma normal. Não realizou ecocardiograma em regime de internamento.

• Imagiologia: Radiografia do tórax normal. Tomografia computorizada craneoencefálica não revelou lesões agudas.
Realizou punção lombar: LCR turvo, com pleocitose polimorfonuclear (incontáveis) e proteinorraquia 169 mg/dl, glicose 137 mg/dl, (PCR e lactatos não efectuados). A coloração pelo Gram não evidenciou bactérias.
Não foi efectuada pesquisa de antigénios capsulares bacterianos no LCR.
A cultura do LCR foi negativa.

Evolução:
A doente é internada com diagnóstico de febre escaronodular e meningoencefalite. Iniciou antibioterapia empírica com Doxiciclina 100 mg cada 12 horas, Ceftriaxone 2gr cada 12 horas e Ampicilina 2 gr cada 6 horas.



Figura 2: TAC do crânio (hipodensidade em território da Artéria cerebral média esquerda)

No dia seguinte apresenta agravamento clínico, com deterioração do estado de consciência (EG 10), instalação de hemiparésia direita, associado a quadro de insuficiência respiratória grave (obstrução da via aérea alta por agravamento neurológico).
Foi admitida na UCIP para suporte ventilatório.
Repetiu tomografia computorizada craneoencefálica que revelou hipodensidade do território da artéria cerebral média esquerda (Fig 2).
Ao 5º dia suspendeu suporte ventilatório (PaO2/FiO2>200).
A cultura do LCR e as hemoculturas foram negativas. Tendo em conta o estudo do liquor é suspenso o Ceftriaxone. Ao 5º dia suspende a Ampicilina, tendo-se mantido apenas a Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por via oral.
Foi traqueotomizada para autonomização ventilatória tendo sido transferida para a enfermaria ao 6ºdia de internamento, apresentando melhoria do ponto de vista neurológico e cardiorrespiratório. Iniciou plano de fisioterapia.
Realizou RMN do crânio com intuito de caracterizar melhor as alterações observadas na TAC, tendo este exame excluído lesões vasculares primitivas/recentes.
A doente teve alta clinicamente bem, apresentando uma discreta desorientação temporo-espacial.
Foi reobservada, um mês após a alta, em consulta externa, apresentando exame geral e neurológico normais.

Entretanto, chegaram os resultados da serologia para *R. conorii* por IFI, inicial e da fase de recuperação, tendo-se verificado seroconversão:
Dia 3 IgG<64;IgM<32. Dia 15 IgG>128; IgM>32)
Fez-se o diagnóstico de febre escaronodular complicada de Meningoencefalite

/ Conclusão

As complicações neurológicas da febre escaronodular ocorrem em cerca de 10% dos casos e estão sobretudo relacionadas com antecedentes de Diabetes mellitus, alcoolismo, idade avançada, insuficiência cardíaca, défice G6PD, heroinómanos (meningoencefalite) e com doentes não diagnosticados e tratados atempadamente.
Considera-se que o mecanismo fisiopatológico implicado nas complicações sistémicas resulte de um processo de vasculite difusa, sendo que as complicações neurológicas são resultado de um processo patofisiológico compatível com cerebrite/cerebrovasculite.
O nosso caso teve uma evolução favorável, no entanto a mortalidade referente a este tipo de complicações atinge habitualmente os 50%[2,3,4].
Como vimos, o espectro clínico da febre escaronodular varia desde a situação mais benigna até à potencialmente fatal (complicações sistémicas e neurológicas), por isso torna-se fundamental que, na presença de sintomatologia neurológica com quadro febril associado, numa região endémica ou com elevada prevalência em épocas estivais, se pondere o seu diagnóstico para iniciar o mais precocemente possível o tratamento. O curso da doença pode se encurtado quando é instituído o tratamento apropriado. O antibiótico de eleição é a Doxiciclina 100 mg cada 12 horas. Outros tratamentos efectivos incluem a Ciprofloxacina 200 mg cada 12 horas, endovenosa ou, em alternativa, 750 mg cada 12 horas por via oral.
Alternativas como a Levofloxacina 500 mg/dia e o Clorafenicol 60 mg/Kg/dia, ambos por via oral, têm sido também utilizadas[4,5,6].
É de extrema importância apostar na prevenção desta patologia sobretudo nas regiões endémicas ou de elevada prevalência[6].

/ Bibliografia

1. Bacellar F, Filipe AR. Rickettsiae and rickettsioes in Portugal. Eur J Epidemiol 2001;7:291-3.
2. Wilson W, Sande M, Henry N, Drew W, Relman D, StecKelberg J, editors. Current Diagnosis and Treatment in infectious diseases. New York: McGraw-Hill; 2001.
3. Botelho E, Foucaut, Lepidi H, Brouqui P. Cerebral infarction: An unusual complication of Mediterranen spotted fever. Eur J Int Med 2005; 16:525-7.
4. De Klippel N, De Keyser J, Merckx H, Ebinger G. Meningoencephalitis caused by Rickettsia conorii. Clin Neurol Neurosurg 1991;93:345-7.
5. Ezpeleta David. Complicaciones neurológicas de la FEN. Rev Neurol 1999;6:65-6.
6. Anton E, Font B, Munoz T, Sanfeliu I, Segura F. Clinical and laboratory characteristics of 144 patients with mediterranean spotted fever. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2003;22:126-8.