

DOENÇA MENINGOCÓCICA FASCÍCULO 3

DOENÇA MENINGOCÓCICA

QUADRO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fabrizio Motta CRM 26502/RS

Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela USP de Ribeirão Preto/SP
e Infectologista Pediátrico pela SBP
Porto Alegre – RS, Brasil

Doença Meningocócica

Quadro clínico, diagnóstico e tratamento

Fabrizio Motta

Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela USP de Ribeirão Preto/SP e Infectologista Pediátrico pela SBP
Porto Alegre – RS, Brasil

QUADRO CLÍNICO

A doença meningocócica pode variar desde um quadro de febre transitória até doença fulminante, que pode levar a morte em poucas horas. **A DOENÇA INVASIVA** pode manifestar como meningococemia, meningite (com ou sem meningococemia). Meningite é a principal manifestação, ocorrendo em 70% dos casos; bacteremia isolada em 27%, e doença fulminante em 4%. O início pode ser insidioso e não específico, mas geralmente é súbito com febre, calafrios, mal estar, mialgia, dor em membros, prostração e um rash maculopapular, petequential ou purpúrico.

O Rash aparece como lesões discretas de 1 a 2 mm de diâmetro, mais frequentemente no tronco e membros inferiores. Mais de 50% dos pacientes têm petéquias na apresentação. Os quadros de rash maculopapular e petequential são indistinguíveis do rash causado por algumas doenças virais, bem como a púrpura que pode ocorrer em sepse de outra etiologia.

Nos casos fulminantes ocorre púrpura, isquemia de membros, outras complicações e até mesmo o óbito em horas independentemente da terapêutica apropriada. A púrpura pode ocorrer em 16-24% dos casos, e se acompanhada de choque chama-se *purpura fulminans*.

Os sintomas de MENINGITE MENINGOCÓCICA são indistinguíveis daqueles associados com meningite causada por outras bactérias (*Pneumococo*, *Haemophilus influenzae* tipo b).

Na meningite além dos sintomas de febre e mialgia, podem ocorrer também náuseas e vômitos. A tríade de febre, rigidez de nuca e alteração do status mental estão presente em cerca de 27% dos pacientes, e se acrescentarmos o rash, cerca de 89% dos pacientes apresentam pelo menos dois desses quatro sinais/sintomas. Além desses, irritabilidade e convulsões podem aparecer. Nos casos graves e fatais de meningite meningocócica, o aumento da pressão intracraniana está presente já no início do quadro. (ver tabela 1)

Os sintomas clássicos (rash hemorrágico, meningismo e alteração da consciência) costumam aparecer tardiamente, tornando o diagnóstico precoce difícil. O pediatra deve estar atento, principalmente em período sem epidemia. Além disso, a ocorrência maior no final do inverno faz com que muitos casos sejam confundidos no início com Gripe.

Exame físico

Exame físico minucioso e sem roupas deve ser realizado à procura de lesões cutâneas, e os locais

Tabela 1. Diagnóstico Diferencial da Meningococemia

Causas Infecciosas

Sepse por *Pneumococo* ou por *Streptococcus* grupo A
Sepse por *Haemophilus influenzae* tipo b
Endocardite bacteriana subaguda
Sífilis secundária
Sepse por gram negativo com CIVD
Entre outras

CAUSAS NÃO INFECCIOSAS

Púrpura de Henoch-Schöenlein
Púrpura Trombocitopênica Idiopática
Neoplasia
Entre outras

onde foram aplicadas pressões (medida de pressão arterial, garrotes) são localizações privilegiadas para aparecimento de petéquias. Os sinais vitais mostram hipotensão com taquicardia, que responde inicialmente a hidratação endovenosa. Isso pode levar a um retardo do diagnóstico e do início precoce da terapia antimicrobiana e de suporte.

Devemos realizar os testes de Kernig e Brudzinki para avaliar irritação meníngea, no entanto, a ausência destes sinais não exclui meningococemia. Em lactentes esses sinais são de difícil avaliação, porém contamos com o exame da fontanela, que pode estar tensa e abaulada.

A MORTALIDADE chega a 10%, e é significativamente maior em crianças acima de 11 anos quando comparadas às menores de 11 anos. Os fatores importantes associados com morte são:

- Coma ou hipotensão
- Leucopenia ou plaquetopenia
- e Ausência de meningite

Quando ocorre púrpura a mortalidade pode chegar a 50%.

Sinais de gravidade são dor nas pernas, mãos e pés frios, coloração anormal da pele (palidez ou manchas). Manifestações menos comuns são a conjuntivite, pneumonia, bacteremia oculta, artrite séptica e meningococemia crônica. Esta última é definida por septicemia por meningococo sem evidência de meningite cuja febre persiste por mais de 1 semana antes do início de qualquer antimicrobiano em um paciente que não aparenta estar toxêmico. Os sintomas que acompanham a febre costumam ser calafrios, rash, artralgia e cefaleia. Tem uma duração média de 6-8 semanas até o diagnóstico.

A doença invasiva pode ser complicada por pneumonia (8-15%), artrites, miocardite, pericardite e endoftalmite. Pode ocorrer síndrome inflamatória pós-infecciosa em menos de 10% dos casos, ocorrendo 4 ou mais dias após o início do quadro e apresenta-se com febre e artrite ou vasculite, e menos comumente com conjuntivite, pericardite e poliserosite. Além disso, na meningite ocorrem complicações como hidrocefalia, paralisia de nervos cranianos, efusão subdural, edema cerebral, entre outras manifestações. Após 8 dias de tratamento adequado a persistência de febre pode ser sinal de efusão subdural ou empiema, bem como o aparecimento ainda nos primeiros dias de tratamento de vômitos ou a presença de sinais de aumento da pressão intracraniana.

As sequelas ocorrem em 11 a 19% dos sobreviventes e incluem perda auditiva, amputação de membros, sequelas neurológicas e cicatrizes cutâneas. A perda auditiva ocorre em 12,5% das crianças com meningite, e necrose de pele pode ocorrer em 9,4%, sendo que 2,4% necessitam de enxerto de pele, e 1% necessita de amputação.

DIAGNÓSTICO

Na doença invasiva está indicada a coleta de culturas de sangue e líquor. Em alguns casos a realização do exame de Gram nas lesões cutâneas pode identificar a bactéria. A coleta de secreção de nasofaringe está contra-indicada pois o meningococo é frequentemente identificado em pessoas normais (portadores sãos).

Outra forma possível de diagnóstico é a detecção no líquor do antígeno do meningococo, ou também a pesquisa do material genético através de técnica molecular (reação em cadeia da polimerase) em centros que possuam essa tecnologia (sensibilidade e especificidade em torno de 91% no líquor). Esses testes são auxiliares quando o paciente já está em uso de antimicrobianos, neste caso a sensibilidade da hemocultura cai para menos de 5%.

Outros exames como o hemograma, sódio sérico, coagulograma, gasometria, enzimas hepáticas podem estar alterados, mas pouco acrescentam ao diagnóstico, no entanto devem ser avaliados conforme indicados pela gravidade do caso para correção das alterações.

TRATAMENTO

No manejo da doença meningocócica as prioridades são o tratamento do choque na meningococemia e do aumento da pressão intracraniana na meningite grave. No tratamento empírico da meningococemia deve se iniciar uma cefalosporina de terceira geração como: ceftriaxona (100mg/Kg/dia a cada 12 ou 24h, dose máxima 2g 12/12h) ou cefotaxima (200-300 mg/kg/dia a cada 4 a 6h, máximo 12g/dia). Com a confirmação etiológica, devemos restringir o espectro para penicilina G cristalina (300.000 UI/Kg/dia, máximo de 12 milhões de UI/dia, a cada 4 ou 6h) ou ampicilina (200-400 mg/kg/dia a cada 6h, máximo 12g/dia), visto a resistência a estas drogas para o Meningococo ser raríssima. A resistência do meningococo as penicilinas é rara.

Em pacientes com alergia grave a penicilinas (anafilaxia), cloranfenicol é a droga de escolha. Caso este não esteja disponível, usa-se meropenem, visto que reação cruzada com penicilinas chega no máximo em 2-3%.

A duração recomendada é de 7 dias para a doença meningocócica. Na meningococemia acompanhada por choque, a ressuscitação volumétrica, o uso precoce de inotrópico e ventilação mecânica pode reduzir a mortalidade.

Com relação à síndrome inflamatória pos-infecciosa, o tratamento com anti-inflamatórios não esteroídes é recomendado.

REFERÊNCIAS

1. Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases, 30th Edition.
2. Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 7th Edition, 2014.

Projeto Editorial e Produção Gráfica:



Rua das Roseiras, 464
CEP 03144-090 – São Paulo-SP
Tel/Fax: (11) 2341-8045
E-mail: alamtec@br.inter.net
www.alamtec.com.br

© 2015 AlamTec - Ciência Médica Editorial Ltda.
Todos os direitos reservados. Versão Brasileira

O conteúdo desta publicação é de responsabilidade exclusiva de seu(s) autor(es) e não reflete necessariamente a posição da AlamTec - Ciência Médica Editorial Ltda.

A GSK apenas distribui o material sob autorização do autor e se exime de responsabilidades sob seu conteúdo, que é de responsabilidade do autor do conteúdo original.

Nenhuma parte deste material poderá ser reproduzida ou transmitida, sejam quais forem os meios empregados, sem a autorização prévia por escrito da AlamTec - Ciência Médica Editorial Ltda.

Material destinado a profissionais de saúde prescritores.

Realização:



**SOCIEDADE BRASILEIRA
DE PEDIATRIA**

Apoio:



fazer mais
sentir-se melhor
viver mais