

167P

Polonielite - penhas de 52 anos do
KMC de Fyria.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL

TRABALHO DE PEDIATRIA

ACADÊMICOS:

PAULO CESAR BORGES
JAMIL MATTAR VALENTE
ADEMIR CLAUDINO DOS SANTOS

(out)

FLORIANÓPOLIS, ABRIL, 1978

AGRADECIMENTO

Pela especial atenção prestada e orientação na confecção deste, agradecemos ao Professor Dr. Newton do Vale Pereira.

- POLIOMIELITE -

REVISÃO DE 52 CASOS DO HOSPITAL "NEREU RAMOS"
DE FLORIANÓPOLIS

INTRODUÇÃO

As Doenças Infecto-contagiosas sofrem uma grande alternância em suas manifestações. Essa variabilidade está intimamente relacionada às condições sócio-econômicas, culturais e ambientais. Em assim sendo, um dos obstáculos com que se depara o Médico, é a ausência de dados próprios de nosso meio, que estejam relacionados com as entidades nosológicas específicas locais ou das que aqui também incidem.

Uma das preocupações atuais da classe Bio-médica, e mesmo Paramédicas, é o estabelecimento de parâmetros que possibilitem um melhor conhecimento de nossa realidade. Ideal seria termos dados, referências, que traduzissem, com fidelidade, as nossas próprias condições. Esta falta de Estatísticas Regionais, ou mesmo locais, tem sido um inconveniente para os próprios órgãos de saúde pública.

Com o objetivo de colaborarmos com uma parcela para o esclarecimento desses dados desconhecidos, escolhemos a POLIOMIE LITE, que faz, em nosso meio, as suas vítimas, e nos dá o disabor de encontrarmos indivíduos marginalizados pela sociedade e, não raro, pela própria família, em virtude das sequelas a que foram subjugados. Transformam-se em uma carga a mais, um déficit que se soma, e que poderia, ~~perfeitamente~~, ser evitado.

A fim de possibilitar um conhecimento melhor da poliomielite em nosso meio, em seus aspectos clínicos específicos e epidemiológicos, resolvemos fazer uma revisão dos casos internados no Hospital Nereu Ramos, motivo do presente trabalho.

I - POLIOMIELETTE

A Poliomielite é uma infecção viral aguda que apresenta uma série de formas clínicas, desde a doença praticamente inaparente, até a paralisia rapidamente progressiva e mortal⁽⁶⁾.

I.1 - Etiologia

O agente etiológico é um vírus (enterovirus) pertencente ao grupo dos Picornavirus (pico = pequeno + RNA). Há três tipos antigenicamente diferenciáveis; I, II, e III. O sorotipo I é o mais virulento. É importante salientar que a infecção por um tipo não protege, não imuniza, contra a invasão por outro tipo diferente⁽⁵⁾.

I.2 - Epidemiologia

O homem é o único reservatório de Poliovirus e a contaminação é por via oral, daí se falar em ciclo bucofaringofecal. Há uma predominância em bem nutridos pois a promiscuidade, o aglomerante, facilita a imunização⁽²⁾.

A Poliomielite nos países de nível sócio-econômico elevado, constitui-se em doença do passado, em virtude de campanhas de vacinação bem conduzidas. Já em países sub-desenvolvidos continua a existir. Nos países bem desenvolvidos incide geralmente em crianças maiores e adultos jovens. (na Tchecoslováquia não existe Poliomielite). Em 1968 os europeus enfrentaram um surto epidêmico na Polônia (493 casos) por vírus tipo III já que a vacina só continha vírus I e II. Na África, Ásia (exceto Israel e Japão), América do Sul e Central houve um grande aumento de Poliomielite⁽⁶⁾.

A contagiosidade da doença é no período de incubação e na primeira semana da fase aguda. O contágio pode ser direto, através de contatos pessoais, como também nos locais onde há falta de higiene e saneamento são constantes, a transmissão se dá diretamente pela deposição dos Vírus nas fezes, nos esgotos, na água, onde persistem por longo tempo. //

I.3 - Patogenia

A contaminação com o Vírus da Polio dá-se geralmente por via Digestiva. O vírus se multiplica inicialmente no Mucosa da Orofaringe e do Intestino. As Amígdalas Palatinas e as Placas de Payer do Íleo são invadidas precocemente onde o Vírus se reproduz intensamente. Dessas áreas eles se propagam aos Nódulos linfáticos cervicais e mesentéricos profundos, onde sua concentração, entretanto, é menor. Caem em seguida na circulação em número limitado de oportunidade. Na maioria dos casos a infecção não progride além do estágio linfático, razão porque, geralmente não se evidenciam sinais e sintomas clínicos (são as formas inaparentes da doença em 90 a 98% dos casos).

O tempo de proliferação do vírus no intestino é longo, eliminando-se pelas fezes em geral durante um mês e meio; Na faringe é raramente encontrado após a 1a. semana de infecção. Uma viremia de curta duração é seguida pelo aparecimento de Anticorpos específicos para neutralizar os vírus. Não pode o vírus proliferar e se tornar invasivo antes que sejam formados suficientes anticorpos, neste caso teremos as diferentes formas Clínicas de Poliomielite. O mecanismo de invasão do SNC é ainda controvertido: discute-se se o vírus invade o SNC diretamente a partir do sangue ou através das fibras nervosas dos gânglios periféricos. O fato mais importante é que a viremia representa a fase fundamental para que os vírus se instalem no SNC.

O encontro de Poliovírus em nervos periféricos durante a infecção e a demonstração de que também se disseminam ao longo das fibras nervosas evidenciam a possibilidade deste mecanismo de progressão. Assim a Poliomielite Bulbar que se instala após Tonsilectomia pode ser devido ao acesso do vírus através dos filamentos dos Nervos Craneanos^(2,5,6).

I.4 - Patologia

O vírus da Polio é neurotrópico, mas não exclusivamente. O dano neurológico é devido à multiplicação dos vírus na célula nervosa.

As alterações mais importantes se encontram na medula

que mostra grande congestão vascular, especialmente no corno anterior⁽¹⁾.

I.5 - Formas clínicas

As formas clínicas são relatadas de acordo com a propagação do vírus, e a seguir as descreveremos de acordo com a sua frequência:

- a. Forma Inaparente
- b. Forma Abortiva
- c. Forma Paralítica
- d. Forma Bulbar
- e. Forma Encefálica ou Encefalítica

A forma Inaparente (90 a 95%) apresenta poucos sinais e sintomas, com febrícula, ligeiro mal estar, algias difusas e pouco intensas. No entanto essas infecções produzem anticorpos imunizando o indivíduo.

A forma Abortiva (4 a 8%) caracteriza-se por grande polimorfismo. Considera-se três grupos:

- a. Forma catarral
- b. Forma dolorosa com participação meníngea
- c. Forma meningítica pura

A forma catarral se assemelha a um resfriado comum, não há alteração no líquido. A forma meningítica pura dá fenômenos de irritação meníngea, além de febre, cefaléia, dor de garganta, inapetência, náuseas, dor abdominal, vômitos e coriza. O líquido se apresenta com pleocitose predominantemente linfocitária, tem aumento de proteínas e a glicose é normal. Os principais sintomas da forma dolorosa com participação meníngea são os mesmos da forma anterior e podem durar poucos dias (de 4 a 5) ou assumir a forma abortiva bifásica em que o quadro regride, sendo que a temperatura volta ao normal e reaparece posteriormente com sinais e sintomas de meningite, com dores musculares intensas e difusas e, finalmente regride em curto período de tempo sem a instalação de paralisias.

O diagnóstico dessas formas só é possível pela presença de dados epidemiológicos e laboratoriais, (pesquisa de vírus

nas fezes, prova sorológica e líquido). Nessas formas, não parali-
ticas, os reflexos não estão alterados.

O diagnóstico diferencial das formas meningíticas deve ser feito como das outras meningites virais, através de reação sorológica e pesquisa do agente etiológico, ou com meningites bacterianas e meningoencefalite tuberculosa pelos dados bacterioscópicos e líquóricos dessas entidades^(5,6).

~~A~~ A forma Parali-
tica corresponde a 0,5% a 1% do total de casos de Polio⁽⁶⁾. As paralisias são flácidas com arreflexia nos segmentos correspondentes, sem perda de sensibilidade. Há assimetria no processo de instalação dessas paralisias. A forma Parali-
tica pode subdividir-se em forma espinal e espinal-respiratória, havendo nesta o comprometimento dos músculos respiratórios⁽³⁾. Devido a assimetria das paralisias do tronco na fase de crescimento pode desenvolver escoliose poliomiélica⁽⁷⁾.

A forma Bulbar atinge os núcleos dos nervos cranianos e/ou outros centros nervosos de grande importância. Caracteriza-se por paralisias dos músculos da deglutição, paralisia facial, paralisias oculares, às vezes associadas e outras vezes isoladas. O centro vaso motor pode ser atingido, instalando-se choque periférico, ou pode atingir o centro respiratório desenvolvendo-se alterações da mecânica respiratória: respiração irregular com crises de apnéia. O temor é bastante frequente nas formas bulbares (37%),⁽⁶⁾ ao contrário das outras formas. Evidencia-se o comprometimento de estruturas extra-piramidais de tronco cerebral.

A forma bulbar exige cuidados especiais (respiração assistida) pois, ao se restabelecer o paciente, não deixa sequelas neurológicas. Nas formas bulbares puras, os músculos respiratórios não estão comprometidos.

A forma encefalítica manifesta-se por sonolência podendo evoluir para o coma profundo. A temperatura é muito alta não respondendo aos antitérmicos.

A associação das formas clínicas da poliomielite (bulbo-espinal, encefalo-espinal-respiratória, etc.), é muito mais frequente que as formas puras.

I.6 - Tratamento

Não há tratamento específico para a Poliomielite. O re

pouso absoluto durante todo o período agudo da doença é importante para evitar a paralisia ou a progressão das lesões neurológicas⁽⁴⁾. É necessária a hospitalização ficando sob vigilância contínua. Medicação sintomática deve ser dada ao paciente afim de propiciar conforto físico e psíquico. A paralisia dos músculos respiratórios ou a lesão de centros respiratórios pode exigir métodos de assistência respiratória. Pacientes sob respiração artificial pode sofrer complicações como Broncopneumonia e deve receber antibioticoterapia adequada. O tempo de permanência no respirador depende da recuperação dos grupos musculares cujas células sofrem lesão reversível, permitindo a retirada do aparelho. Há casos porém em que o prolongamento da vida fica condicionado à permanência no respirador artificial.

As sequelas da poliomielite deverão ser tratadas convenientemente pelo Fisioterapeuta e ortopedista precocemente.

I.7 - Profilaxia

A profilaxia é feita com a Vacina Anti-Polio (SABIN) que é vacina de vírus vivos atenuados e deve ser trivalente⁽⁹⁾.

A vacinação deve ser iniciada o mais precoce possível (2 meses de idade) pois até os seis meses a poliomielite incide em 8,5% dos casos ~~segundo referências na Revista da Associação Médica de Minas Gerais~~⁽⁸⁾. (ou rev. A. X.)

I.8 - Prognóstico

O prognóstico depende da forma da Poliomielite e dos recursos ambientais existentes para o tratamento sendo a fisioterapia muito importante. As formas paralíticas deixam sequelas, sendo esta entidade nosológica a principal causadora de defeitos físicos na população em geral (22%)⁽⁶⁾.

II. MATERIAL E MÉTODO

O trabalho consta de uma análise retrospectiva de 52 prontuários de pacientes com diagnóstico de POLIOMIELITE, internados no Hospital Nereu Ramos de Florianópolis, no período de janeiro de 1974 a julho de 1977.

Analisamos estatisticamente os seguintes parâmetros: sexo, estado nutricional, idade cronológica, leucometria com contagem diferencial de leucócitos, complicações, extensão das lesões, permanência hospitalar, incidência sazonal e condições de alta.

Os dados referentes a faixa etária foram divididos em dois grupos devido a alta incidência da Poliomielite em lactentes. Esta divisão permite uma melhor avaliação dos resultados desse parâmetro.

O estado nutricional de cada paciente foi calculado de acordo com a idade cronológica e o seu peso comparando com o peso ideal, segundo a classificação de GÓMEZ⁽¹¹⁾.

Na análise da leucometria do sangue periférico, estabelecemos como leucocitose números acima de oito mil leucócitos, e como leucopenia números abaixo de seis mil leucócitos. Na contagem diferencial, consideramos como padrão normal 20 a 30% de linfócitos e 52 a 65% de neutrófilos.

Quanto às complicações, salientamos que em alguns pacientes ocorreu mais de uma.

Ao avaliarmos a temperatura dos pacientes, consideramos como pico febril, taxas acima ou igual a 38°C. Foi analisado o número de dias em que os pacientes fizeram picos febris na evolução do caso.

Nas condições de alta de cada paciente foram consideradas como "melhorados" todos os pacientes que tiveram alta hospitalar com ou sem sequelas.

III. RESULTADOS

Os resultados da avaliação dos 52 casos por nós analisados são expostos nas figuras e gráficos que se seguem:

FIGURA (1A) - FAIXA ETÁRIA

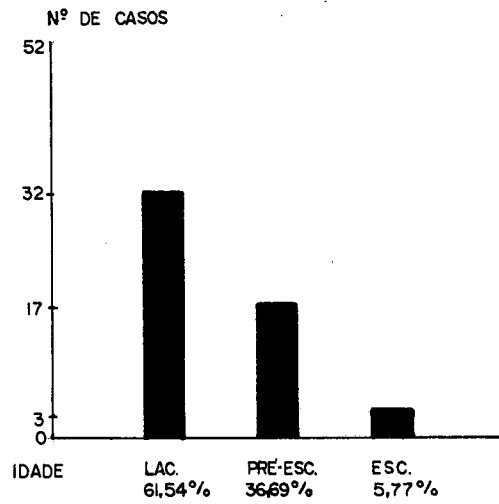


FIGURA (1B) - INCIDÊNCIA EM LACTENTES

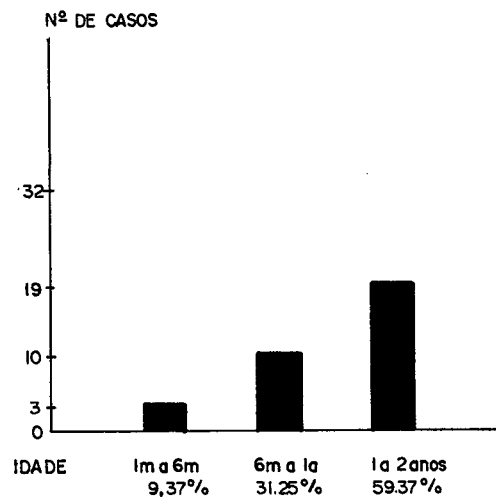


FIGURA (2) - SEXO

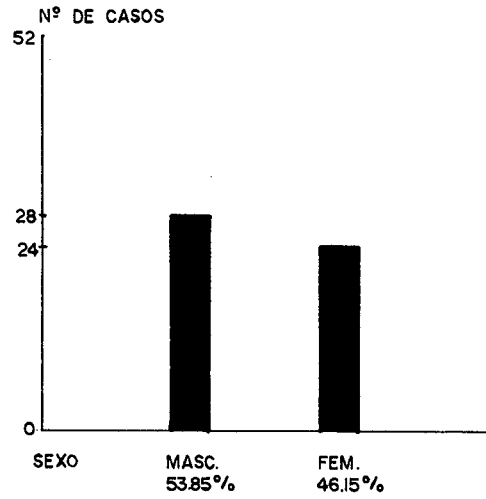


FIGURA (3) - ESTADO NUTRICIONAL

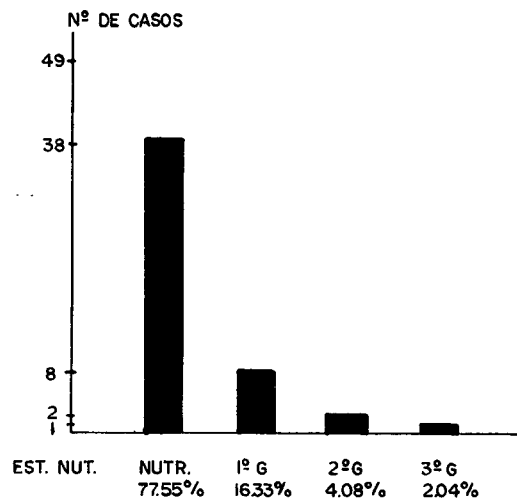


FIGURA (4) - Nº DE LEUCÓCITOS

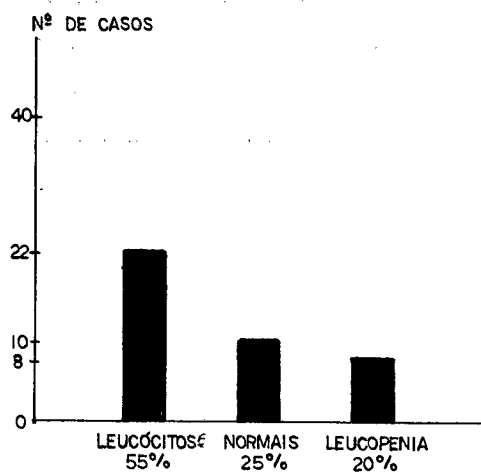


FIGURA (5) - CONTAGEM DIFERENCIAL DE LEUCÓCITOS

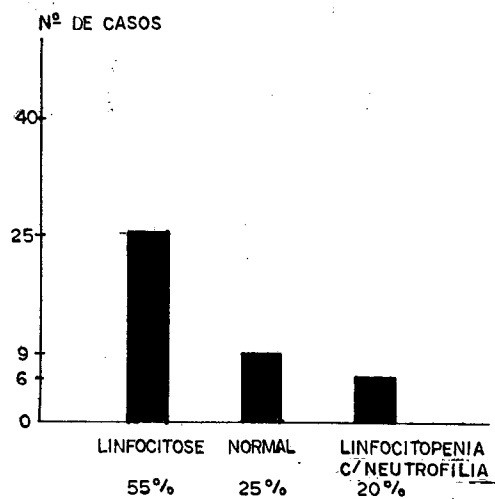


FIGURA 6A - EXTENSÃO DAS LESÕES

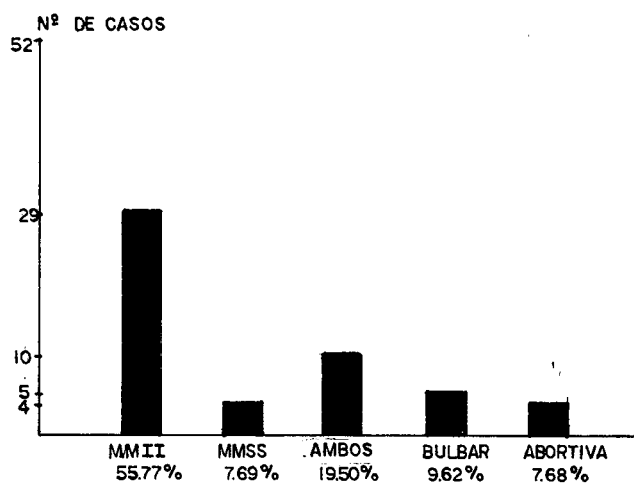


FIGURA 6B - MEMBROS ACOMETIDOS

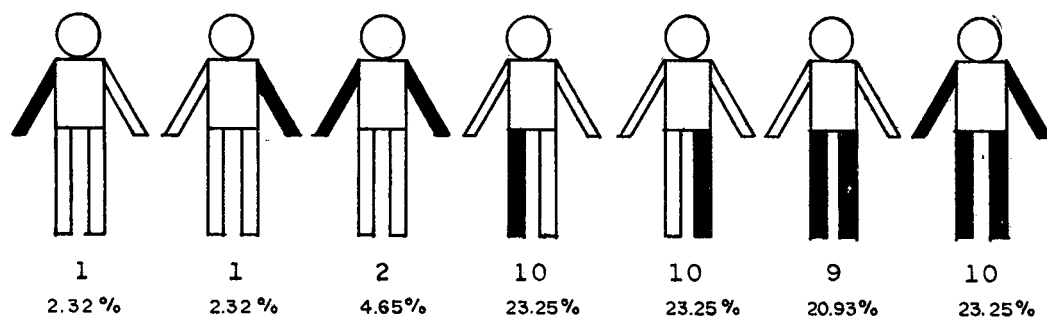


FIGURA 7 - Nº DE COMPLICAÇÕES

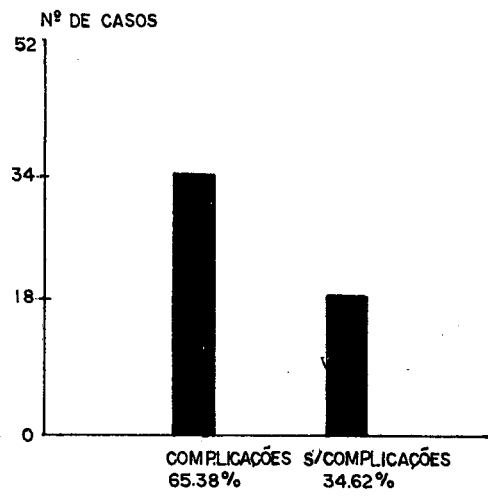


FIGURA 8 - PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

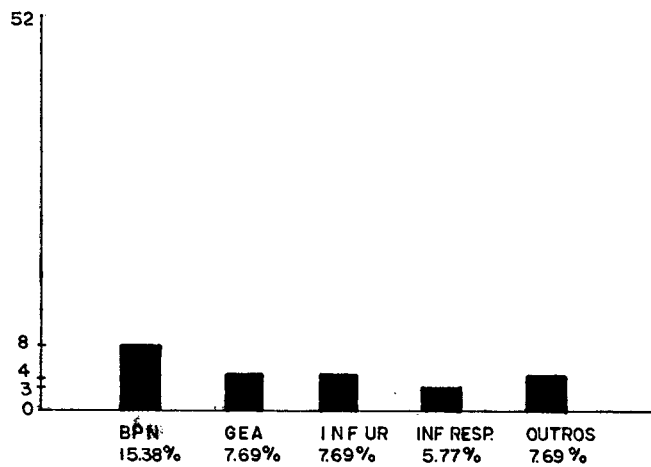


FIGURA 9 - ESTADO FEBRIL

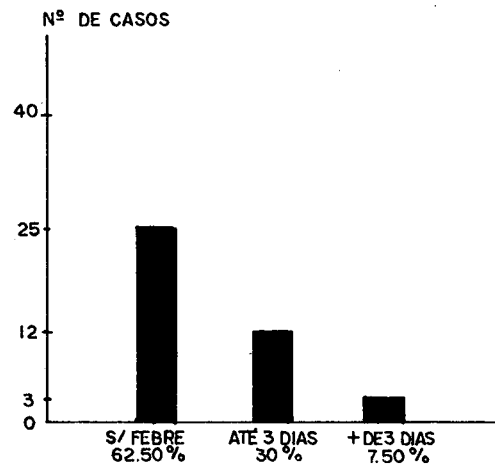


FIGURA 10 - CONDIÇÕES DE ALTA

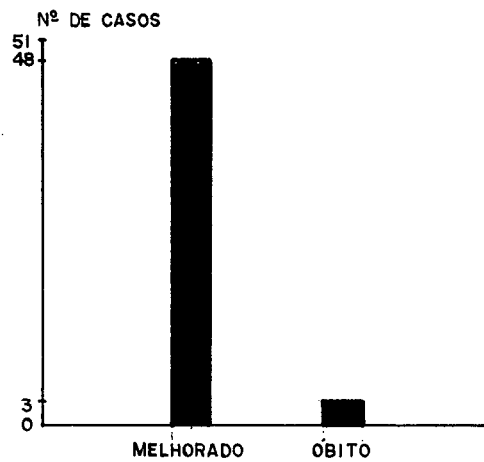
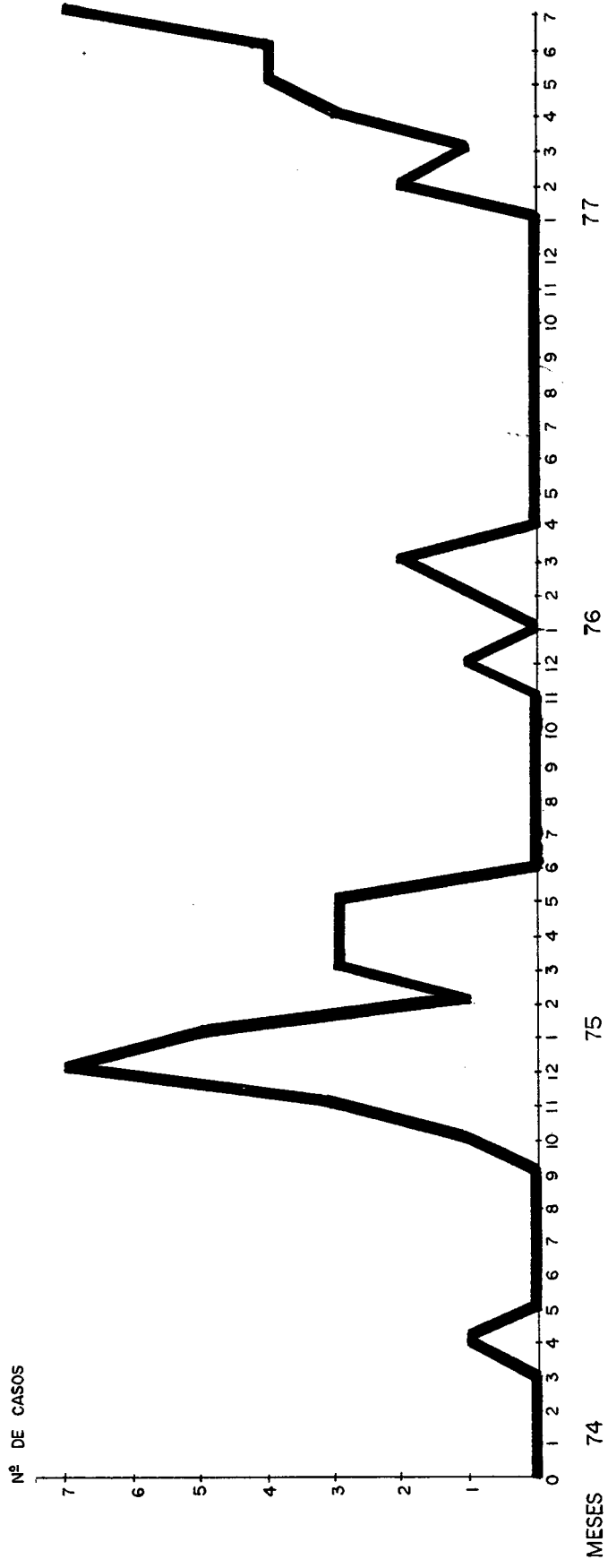


FIGURA 11 - INCIDÊNCIA SAZONAL



IV - COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

Na análise dos 52 casos da Poliomielite pudemos constatar diversos aspectos que são dignos de nota. Um desses aspectos foi a alta incidência de Polio em nosso meio, fato este observado ao compararmos com outros centros, mesmo no Brasil⁽⁹⁾.

A maior incidência foi notada em lactentes, o que discorda de alguns autores que afirmam ter a poliomielite a sua maior incidência em pré-escolares, com tendência atual em predominar nos escolares⁽²⁾.

Não houve predominância quanto ao sexo.

Em se tratando do estado nutricional, nos foi possível concluir que a Poliomielite acomete predominantemente crianças bem nutridas (77,55%). Esses dados colhidos coincidem com os da maioria dos autores consultados, que explicam este fato como sendo o resultado da maior promiscuidade reinante entre as pessoas de nível sócio-econômico baixo, e com isso facilitando o contato com o vírus e conseqüentemente promovendo uma maior imunização natural^(2,6,5).

O hemograma demonstrou em 55% dos casos uma leucocitose às custas principalmente de linfócitos; o que é um dado comum por se tratar de uma infecção de etiologia viral⁽¹⁰⁾.

Dentre os segmentos corporais atingidos houve predomínio no acometimento de membros inferiores, sendo que não constatamos predomínio de um ou de outro membro. De acordo com o exame físico a paralisia foi assimétrica, dando um acometimento mais intenso sobre certos segmentos.

De acordo com os dados anotados a maioria dos casos evoluiu sem complicações (65,38%). Das complicações surgidas a que mais se destacou foi a Broncopneumonia.

Com relação à febre, constatamos que a maioria não cursou com febre, isto devido ao fato de que os pacientes terem sido internados num período em que o quadro paralítico já ter-se instalado, portanto após o período prodromico que é a fase em que a febre frequentemente aparece. Na literatura consultada a alta incidência de estado febril é frequente, e isso em virtude dos autores acompanharem a evolução da doença desde a sua fase inicial⁽⁸⁾.

A Poliomielite não leva ao óbito com frequência, sendo

encontrado neste levantamento um índice de mortalidade de 5,88%. Outros autores descrevem surtos epidêmicos com índices de até 17,33%⁽⁸⁾. Nos EUA havia uma média de 5 a 7% de mortalidade⁽⁵⁾.

Na forma paralítica da doença todos os pacientes foram encaminhados à fisioterapia, não havendo condições de se avaliar o grau das sequelas.

Concluimos que a Poliomielite surge em surtos epidêmicos com predominância em épocas quentes. Em nossos dados verifica-se um surto nos meses de junho e julho de 1977, mas este dado não contraria a literatura revista nem o supra afirmado visto que neste período em Florianópolis não houve queda de temperatura.

Vimos pelos dados aqui coletados que a Poliomielite é ainda frequente em nosso meio, fato este que nos leva a uma preocupação, pois demonstra que as imunizações precoces não estão sendo procuradas. Isto nos alerta para a necessidade de campanhas afim de baixar esta incidência.

Conclusões

1. Ha ainda uma alta incidência de Poliomielite em Florianópolis
2. A maior incidência é observada na faixa etária de 1 a 2 anos, e em crianças bem nutridas.
3. A doença surge em surtos epidêmicos e principalmente em épocas quentes.
4. É necessário campanhas de conscientização comunitária para motivar a população a procurar a vacinação precoce.

RESUMO

O trabalho constou da revisão de 52 casos de Poliomielite internados no Hospital Nereu Ramos de Florianópolis no período de Janeiro de 1974 a Julho de 1977.

Os resultados constatados, de um modo geral, não diferem dos da literatura observada, exceção feita à alta incidência da moléstia em nosso meio, e em uma faixa etária baixa (1 a 2 anos).

Em virtude do constatado em nosso meio, achamos oportuno salientar a necessidade dos órgãos competentes organizarem e promoverem campanhas de conscientização comunitária sobre a importância da vacinação na Profilaxia da Poliomielite.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARIAS - STELLA, Jevier - Correa Pelayo - TAMAYO, Ruy Perez - CARBONELL, Luiz - Texto de Patologia, 2a. ed.; La Prensa Medica Mexicana - México, 1970, pág. 763.
2. BEESON, Paul - Tratado de Medicina - Doenças produzidas por vírus entéricos - Poliomielite, 13a. ed., Editora Guanabara Keegan SA, 1973, pág. 406.
3. CANELAS, Adherbal Tolosa Horácio - Propedeutica Neurológica Cap. 20, Síndrome Medulares, Poliomielite Anterior Aguda, 2a. ed. SARVIER, São Paulo, 1975, pág. 286 e 329.
4. CONNHOWARD F. - Current Therapy - W.B. Saunder Company Philadelphia, USA, 1973, pág. 82.
5. NELSON, WALDO E. - Tratado de Pediatria, Vol. I, Salvat Editora, Barcelona - Espanha, 1971, pág. 683.
6. MARTINS, Sofia, M. e ALDABE, Cesar A. - Poliomielite. Em Pesquisa Médica, Vol. 11, nº 2, Editora Impresul, Porto Alegre, 1976, pág. 195.
7. FERRARETO, Ivan, - Escolioses Poliomieliticas. Em Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Março/Abril, 1971, Editora Promoções, Rio de Janeiro, pág. 72.
8. TONELLI, Edward e Cols. - Epidemia de Poliomielite em Belo Horizonte. Considerações diagnósticas e terapêuticas em torno de 150 casos. Em Revista da Associação Médica de Minas Gerais, Vol. 20, nº 2, 1969, Belo Horizonte, pág. 99.
9. SCHATZMAYR, H.G. e Cols. - Avaliação sorológica da vacina oral tipo Sabin, contra a Poliomielite em região semi-rural. - II Aspectos quantitativos dos anticorpos formados e anticorpos para outros enterovirus. Rev. da Soc. Bras. de Med. Tropical, Vol. III, nº 4, Julho/Agosto, Redação da RSBMT, Rio de Janeiro, 1970, pág. 225.

10. VERONESI, Ricardo - Doenças Infecciosas e Parasitárias - 1a. edição, Editora Guanabara Koogan SA, Rio de Janeiro, 1969, pág. 116.
11. YUNES, João; SETIAN, Nuvarte, - Em Pediatria Básica - 4a. edição, 1º Vol. Ed. Sarvier - São Paulo, 1974, pág. 493.

E R R A T A

1. Pág. 2 - I.2. Epidemiologia. - onde se lê: Aglomerante,
leia-se: aglomeramento
2. Pág. 6 - onde se lê: Há casos podem em que o prolongamento
leia-se: Há casos em que o prolongamento

TCC
UFSC
PE
0167

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0167

Autor: Borges, Paulo Cesa

Título: Poliomielite : revisão de 52 ca



972806800

Ac. 253808

Ex.1 UFSC BSCCSM