

1895

note 9 (note)

MENINGITE MENINGOCÓCICA NO ADULTO

::

::

::

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC

MENINGITE MENINGOCÓCICA NO ADULTO

TRABALHO ELABORADO POR:

- ALCIDES SABINO SANTOS FILHO *

- ITAMAR HEYSE BESSA *

- VALTER GONÇALVES DE AZEVEDO *

*** - ALUNOS DA 12ª FASE DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC**

Í N D I C E

I	- RESUMO	pág.	01
II	- INTRODUÇÃO	pág.	02
III	- CASUÍSTICA E RESULTADOS	pág.	03
IV	- DISCUSSÃO	pág.	15
V	- CONCLUSÕES	pág.	18
VI	- ABSTRACT	pág.	19
VII	- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	pág.	20

.. .. .

I - R E S U M O

A Meningite Meningocócica constitui enfermidade predominante em crianças, de ocorrência endêmica, assumindo, por vezes , caráter epidêmico de grande importância epidemiológica.

O presente trabalho consta da apresentação de 10 (dez) casos de Meningite Meningocócica no Adulto, onde se analisa suas ' características clínicas, meios diagnósticos, tratamento e fatores prognósticos envolvidos.

..

II - I N T R O D U Ç Ã O

A Meningite Meningocócica (Doença Meningocócica) é uma doença infecto-contagiosa causada por uma bactéria gram-negativa, a *Neisseria Meningitidis*, com vários sorogrupos conhecidos.

De ocorrência destacada em crianças, pode acometer o adulto, onde ^{seu} cortejo clínico assemelha-se muito àquela que ocorre em crianças.

A Meningite Meningocócica ocorre em todo mundo de forma endêmica, assumindo por vezes, caráter epidêmico de grande importância por sua morbimortalidade e mortalidade.

No último decênio a doença assumiu caráter epidêmico em várias regiões do Brasil, e após o controle dos surtos volta à forma endêmica. (1).

A primeira referência à Meningite Meningocócica, em forma epidêmica, data de 1805, quando foi descrito um surto em Genebra, por Viensseux. A partir daí assinalaram-se novas epidemias em todo o mundo. (6).

O presente trabalho visa analisar a Meningite Meningocócica no Adulto, suas características clínicas, tratamento utilizado, mortalidade e fatores prognósticos envolvidos.

O trabalho consta de apresentação de 10 (dez) casos de Meningite Meningocócica em pacientes com 15 (quinze) anos ou mais de idade internados no Hospital Nereu Ramos, em Florianópolis-SC, no período de janeiro de 1978 à outubro de 1981, cujos dados foram obtidos no arquivo Médico daquele hospital.

III - C A S U Í S T I C A E R E S U L T A D O S

CASO Nº 1

M.L.B., feminina, branca, 22 anos, procedente de Tijucas, SC; deu entrada no hospital Nereu Ramos com queixa principal de cefaléia há 6 dias, acompanhada de quadro febril, astenia, anorexia. Há quatro dias a cefaléia se intensificou, aparecendo vômitos. Ao exame físico apresentava-se em mau estado geral, estupor, afebril e com rigidez de nuca. O exame líquido céfalorraquidiano mostrou citologia total: 1.550 cels/mm³, hemácias: 1000/mm³, leucócitos: 550/mm³, (polimorfonucleares 78%, linfomonocitário 22%). A bacterioscopia do líquido céfalorraquidiano foi positiva para diplococo gram negativo. Cloretos: 670 mg%, proteína: 60 mg%, glicose: 27 mg%. O leucograma apresentava leucocitose com 12.000 leucócitos/mm³, sendo 86% polimorfonucleares (5% bastões, 77% segmentados, 5% eosinófilos) e 14% de linfomonocitário (11% de linfócitos, 3% monócitos). Eritrograma: 3.850,00 hemácias/mm³, hemoglobina de 11,0 g% e hematócrito de 35%. Uréia: 14 mg% creatinina: 0,5 mg%. A medicação utilizada foi ampicilina, dexametasona, sintomáticos (antieméticos, analgésicos comuns, antitêrmicos, antissépticos, etc) e hidratação parenteral. O paciente permaneceu internado durante 10 dias, sem complicações, tendo alta curado.

CASO Nº 2

V.M.W., masculino, branco, 16 anos, procedente de Tijucas, SC; deu entrada no Hospital Nereu Ramos com queixa principal de sonolência. Iniciou há 2 dias com febre, mialgia, vômitos, sonolência e convulsão. Ao exame física apresentava agitação psicomotora, movimentação espontânea desordenada de todos os membros, posição de flexão dos braços cruzados sobre o peito, rigidez de nuca, sinal de Lasèque e Brudzinski presentes, sinal de Babinski à direita. O exame do líquido céfalorraquidiano mostrou citologia total de 10.012 cels/mm³, com 97% de polimorfonucleares e 3% de linfomonocitárias. A bacterioscopia do liquor céfalorraquidiano foi positiva para diplococos gram negativos. Cloretos: 667 mg%, proteína: 432 mg% e glicose: 4 mg%. O hemograma mostrou leucocitose de 16.000 leucócitos/mm³, sendo 85% de polimorfonucleares (segmentado) e 15% de linfomonócitos (13% de linfó-

citó e monócitos 2%), hemácias 4,5 milhões/mm³, hemoglobina 13,6 g%, 38% de hematócrito. Apresentou como intercorrências convulsões, herpes simples e como (encefalite). Foi medicada com ampicilina, cefalotina, dexametasona, hidratação, sintomático, diazepam, fenobarbital e difenilhidantoína. O tempo de internação foi 12 dias. Paciente evoluiu para óbito.

CASO Nº 3

T.R.B.S., feminina, branca, 19 anos, procedente de Florianópolis, internou no Hospital Nereu Ramos com queixa principal de cefaléia e rigidez de nuca. Há 1 dia iniciou com dor na região occipital e nos membros inferiores, acompanhado de febre alta, náuseas, vômitos e posteriormente sentiu rigidez de nuca. Ao exame físico estava lúcida, orientada, petéquia em região epigástrica e anterior dos braços, rigidez de nuca e sinais de Kernig, Lasègue e Brudzinski presentes. O exame do líquido cefalorraquidiano mostrou citologia total de 28,420 cels/mm³, sendo 420 hemácias/mm³ e 28.000 leucócitos com 90% de polimorfonucleares e 10% de linfomonócitos. A bacterioscopia foi positiva para diplococos gram negativo. Cloretos 749 mg%, proteína: 360% e glicose: 1,5 mg%. O hemograma revelou leucocitose de 20.600 leucócitos, sendo 82% de polimorfonucleares (5% bastões e segmentados 77%) e 18% de linfomonócitos (16% linfócitos e 2% monócitos), hemácias 3,8 milhões/mm³, hemoglobina 11,8 g%, hematócrito 35%. Paciente ficou internado por 9 dias, tendo tido como intercorrência infecção urinária. A medicação utilizada constou de hidratação, sintomático, ampicilina, garamicina e propoxifeno. Recebeu alta curada.

CASO Nº 4

A.C., 27 anos, masculino, preto, procedente de Florianópolis deu entrada no Hospital Nereu Ramos com queixa principal de cefaléia. Há um dia com cefaléia intensa e frontal, vômito, febre e evoluindo com astenia intensa. Ao exame físico o paciente se achava torporoso, mucosas descoradas, rigidez de nuca e sinal de Brudzinski presente. O exame do líquido cefalorraquidiano mostrou um total de 1.200 cel/mm³ com 98% de polimorfonucleares e 2% de linfócitos. A bacterioscopia com raras estruturas cocóides extracelulares.

A cultura evidenciou diplococos gram negativo do gênero *Neisseria meningitides*. No estudo bioquímico havia 708 mg% de cloretos, 78 mg% de glicose e proteínas 116 mg%. O hemograma apresentou leucocitose de 16.000 leucócitos/mm³, com 89% de polimornucleares (12% de bastões, 77% de segmentados) e 11% de linfomonócitos (9% linfócitos, 2% monofócitos), hemácias 4,0 milhões/mm³, hemoglobina: 12,1 g%, hematócrito: 37%. O tempo de internação foi de 10 dias, sendo medicado com ampicilina, hidratação e sintomáticos. Tendo alta curado.

CASO Nº 5

J.A.O., 21 anos, masculino, branco, procedente de Curitiba, internou no Hospital Nereu Ramos com queixa principal de cefaléia e vômitos. Há dois dias iniciou com cefaléia intensa, principalmente em região fronta, acompanhada de vômitos que não cediam com a medicação. Estava lúcido e orientado no exame físico, com rigidez de nuca e sinais de Laségue, Kernig e Brudzinski presentes. Exame do líquido cefalorraquidiano com um total de 3.450 células/mm³, sendo 100% de polimorfonucleares. A bacterioscopia foi positiva para diplococos gram negativos intra e extracelulares. Cloretos: 743 mg%, proteína: 44 mg%, glicose: 65 mg%. Uréia: 38 gm% e creatinina: 0,92 mg%. No hemograma havia 5,2 milhões de hemácias/mm³, hemoglobina de 13,9 g%, hematócrito de 44%, com leucocitose de 16.300 leucócitos/mm³, sendo 91% de polimorfonucleares (bastões 11%, 80% segmentados) e 9% de linfomonócitos (6% linfócitos e 3% monócitos). O paciente esteve internado por 9 dias, sendo tratado com ampicilina, dexametasona, manitol, hidratação e sintomáticos. Recebeu alta curado.

CASO Nº 6

S.L., 16 anos, masculino, branco, procedente de Biguaçu, internou no Hospital Nereu Ramos com queixa principal de cefaléia e vômitos. Iniciou há 4 dias com cefaléia e febre que regrediu com uso de antitérmico. Há 1 dia surgiram vômitos e sonolência. Há aproximadamente 2 anos refere quadro semelhante, permanecendo hospitalizado por 3 dias, onde foi feito exame do líquido que resultou normal. Ao exame físico achava-se lúcido, com rigidez de nuca, sinais de Kernig, Laségue, e Brudzinski presentes. Estado geral tóxico. O líquido cefalorraquidiano revelou 815 células/mm³ na citologia total, sendo 250 hemácias/mm³ e 565 leucócitos/mm³, com 70% de polimornucleares e 30% de células linfomonocitárias.

Proteína: 336 mg%, glicose: 5 mg% e cloretos: 702 mg%. A bacterioscopia revelou diplococos gram negativos. Na cultura foram isolados diplococos gram negativo do gênero *Neisseria meningitidis*, soro tipo B.

No hemograma havia leucocitose de 15.000 leucócitos/mm³, com 86% de polimorfonucleares (segmentado - 83% e eosinófilo - 3%) e 14% de linfomócitos (linfócitos - 12% e monócitos - 2%, hemácias 4,6 milhões/mm³, hemoglobina 13,5 g%, hematócrito 41%.

Uréia - 28 mg% e creatinina - 0,70 mg%. Foi medicado com penicilina cristalina, com tempo de internação de 12 dias. Recebeu alta curado.

CASO Nº 7

A.A.L., 15 anos, masculino, branco, procedente de Florianópolis deu entrada no Hospital Nereu Ramos com queixa de cefaléia. Há 15 dias iniciou com cefaléia frontal, que se generalizou e se intensificou e concomitantemente surgiu astenia intensa. Há um dia apresentou vômito em jatos, alimentares e apôs com características biliares. No momento da internação apresentava distúrbios de conduta, alteração da fala com desvio da comissura labial e tetraparesia progressiva. Ao exame físico estava inconciente, respondia discretamente à estímulos dolorosos profundos, afebril, presença de petéquias dissemiadas em membros inferiores e superiores, otite média supurativa de ouvido esquerdo, rigidez de nuca e agitação psicomotora. No fundo de olho foi visto veias engurgitadas e papilas de bordos nítidos. O exame do líquido mostrou citologia total de 762 células/mm³, com 70% de polimorfonucleares e 30% de linfomonócitos. A bacterioscopia foi positiva para diplococos gram negativos, assim como nas lesões petequiais. Cloretos: 127 mg%, proteína: 34 mg%, glicose: 70 mg%. No hemograma evidenciou-se leucocitose com 26.300 leucócitos/mm³, sendo 68% de polimorfonucleares (bastões - 5%, segmentados - 63%) e 32% de linfomonócitos (linfócitos - 29% monócitos - 3%); hemácias 4,8 milhões/mm³, hemoglobina - 15 g%, hematócrito 53. O paciente fez tratamento com penicilina cristalina e cloranfenicol, com 13 dias de internação. Recebeu alta curado.

CASO Nº 8

A.C.V., 21 anos, branco, masculino, procedente de São José, deu entrada no Hospital Nereu Ramos, com queixa de calafrios, febre, vômitos, e cefaléia. Há 2 dias iniciou com febre, calafrios, cefaléia intensa e agitação psicomotora. Há um dia surgiram vômitos. Há 8 horas com sonolência intensa. Ao exame físico encontrava-se agitado, não respondendo à estímulos verbais, miose, estrabismo divergente, lesões avermelhadas em membro superior direito, rigidez de nuca e agitação psicomotora. A análise do líquido cefalorraquidiano mostrou citologia total de 98 células/mm³, tendo 5 hemácias/mm³. A citologia específica foi 100% linfomonocitário. Cloretos: 731 mg%, proteína: 26 mg%, glicose: 70 mg%. A bacterioscopia foi positiva para diplococos gram negativos. No hemograma constatou-se leucocitose de 25.200 leucócitos/mm³ com 83% de polimorfonucleares (3% de bastões, segmentados 80%) e 17% de linfomonucleares (linfócitos de 15% e 2% de monócitos), 5 milhões de hemácias, hemoglobina 16,9 g%, 47% de hematócrito. Foi medicado com hidratação, penicilina cristalina e procaína, dexametasona e sintomáticos. Ficou internado por 7 dias, tendo alta curado.

CASO Nº 9

M.C.M., 44 anos, masculino, branco, procedente de Alfredo Wagner SC.; internou no Hospital Nereu Ramos, com queixa de sonolência. Há um dia iniciou com calafrio, dor em membro inferior direito, seguido de mialgia, anorexia e cefaléia. Há 12 horas iniciou com gemência, sem contatuar com o meio ambiente, febre e hipertensão. Ao exame físico achava-se em coma superficial, com rigidez de nuca, paralisia facial direita, sinais meningeos positivos e Babinski positivo bilateral: A perna direita apresentava extensa mancha vinhosa. O exame do líquido revelou na citologia total de 9130 células/mm³ sendo 85 hemácias/mm³, 76% de polimorfonucleares (neutrófilos) e 24% de linfomononucleares. A bacterioscopia foi positiva para diplococos gram negativo. Cloretos: 672 mg%, proteínas: 816 mg%, glicose: zero. A desidrogenase láctica foi de 38 UI, uréia 70 mg%, creatinina de 1,23 mg% e glicemia de 332 mg%. No hemograma havia leucocitose de 12.900 leucócitos/mm³, sendo 86% de polimorfonucleares (4% bastões, 82% de segmentados) e 14% de linfomonócitos (13% de linfócitos e 1% de monócitos), 4,2 milhões de hamácias, hemoglobina 14,1 g% e hematócrito 42%.

Apresentou como intercorrências hematómicas, trombose venosa, convulsão. Foi medicado com ampicilina, diazepam, garamicina, hidratação, insulina, dexametasona, fenobarbital, vitamina K, sintomáticos e cimetidine.

CASO Nº 10

I.M.C., 17 anos, feminina, branca, procedente de Antonio Carlos, SC; deu entrada no Hospital Nereu Ramos com queixa principal de frio e dores generalizadas. Começou há 2 dias com febre, dores pelo corpo, cefaléia occipital e vômitos. Apresentou também exantema macular disseminado. No exame físico estava calma, hidratada, e com bom estado de consciência. Exantema macular disseminado por todo o corpo, algumas lesões assumiram cor vinhosa. Rigidez de nuca e sinais de laségue, Kernig e Brudzinski presentes. O exame líquido cefalorraquidiano mostrou um total de 158 células/mm³, sendo 97 de neutrófilos e 3% de linfócitos. Proteínas: 16 mg%, glicose: 60 mg%, cloretos : 671 mg%.

A cultura foi negativa, mas a bacterioscopia foi positiva para diplococos gram negativos. No hemograma havia leucocitose de 12.900 leucócitos/mm³, sendo 92% polimorfonucleares (28% de metamielócitos, 25% de bastões, 38% de segmentados e 1% de eusinófilos) e 8% de linfomonócitos (linfócitos), 3,8 milhões de hemácias, 37 de hematócrito, hemoglobina de 10,1 g% e 260.000 de plaquetas/mm³. O eletrocardiograma evidenciou isquemia sub-epicárdica de parede infero-lateral e alteração primária da repolarização ventricular. Ritmo sinusal. O eletrocardiograma foi normal. O tempo de protrombina de 13" - 100% e o KPTT foi normal.

Fibrinogênio de 240 mg%. Uréia de 38 mg% e creatinina de 0,64 mg%. A paciente foi medicada com ampicilina, hidrocortisona, hidratação e sintomáticos. Posteriormente fez sulfametoxisazol + trimetoprim e finalmente Keflex. Apresentou como intercorrência sarampo, internada durante 29 dias.

Condições de alta curada.

QUADRO I

MENINGITE MENINGOCÓCICA NO ADULTO

RELATO DE 10 (DEZ) CASOS

IDENTIFICAÇÃO

CASO	IDADE	SEXO	COR	PROCEDÊNCIA
I	22 anos	F	B	Tijucas
II	16 anos	M	B	Tijucas
III	19 anos	F	B	Florianópolis
IV	27 anos	M	P	Florianópolis
V	21 anos	M	B	Curitiba
VI	16 anos	M	B	Biguaçu
VII	15 anos	M	B	Florianópolis
VIII	21 anos	M	B	São José
IX	44 anos	M	B	Alfredo Wagner
X	17 anos	F	B	Antônio Carlos

Abreviaturas: F= feminino

M= masculino

B= branca

P= preta

QUADRO II

MENINGITE MENINGOCÓCICA NO ADULTO

ANÁLISE DE 10 (DEZ) CASOS

RELAÇÃO ENTRE TEMPO (EM DIAS) DECORRIDO ENTRE OS PRIMEIROS SINTOMAS E A INTERNAÇÃO, TEMPO DE INTERNAÇÃO E CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR.

CASO	TEMPO DECORRIDO ENTRE OS PRIMEIROS SINTOMAS E A INTERNAÇÃO	TEMPO DE INTERNAÇÃO	CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR
I	6	10	Curado
II	2	12	Óbito
III	1	9	Curado
IV	1	10	Curado
V	2	9	Curado
VI	4	12	Curado
VII	15	13	Curado
VIII	2	7	Curado
IX	1	25	Curado
X	2	29	Curado

.. .. .

T A B E L A I

MENINGITE MENINGOCÓCICA NO ADULTO

RELATO DE (DEZ) CASOS

SINTOMAS E SINAIS MAIS FREQUÊNTES
OBTIDOS NA ANAMNESE E EXAME FÍSIC
CO NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO

NÚMERO DE CASOS

Cefaléia	10
Sinais Meningeos	10
Febre	09
Vômito	09
Exantema	05
Mialgia	04
Astenia	03
Calafrios	03
Agitação Psicomotora	03
Alterações Sensoriais	03
Sinal de Babinski	02
Toxemia	01

MENINGITE MENINGOCÓCICA NO ADULTO

RELAÇÃO DE 10 (DEZ) CASOS

EXAMES LABORATORIAIS: EXAME DO LÍQUIDO

CEFAIORRAQUIDIANO

CASOS	CITOLOGIA TOTAL cel./mm ³	HEMÁCIAS cel./mm ³	LEOCÓCITOS			BIOQUÍMICA			BACTERIOSCOPIA	CULTURA
			TOTAL	PMN %	LM %	CIORREITOS mg%	PROTEÍNA mg%	GLICOSE mg%		
I	1.550	1.000	550	78	22	670	60	27	Diplococos gram negativo	-
II	10.012	-	-	97	3	667	432	4	Diplococos gram negativo	-
III	28.420	420	28000	90	10	749	360	1,5	Diplococos gram negativo	-
IV	1.200	-	-	98	2	708	116	78	Raras estruturas cocoides extra-celulares	Diplococos gram negativo do genero Neisseria
V	3.400	-	-	100	-	743	44	65	Diplococos gram negativo intra e extra-celularar	-
VI	815	200	565	70	30	702	336	5	Diplococos gram negativo	Diplococos gram negativo Neisseria Meningitidis -Soro tipo "B"
VII	762	-	-	70	30	127	84	70	Diplococo gram negativo	-
VIII	98	5	93	-	100	731	26	70	Diplococo gram negativo	-
IX	9-130	85	-	76	24	672	816	0	Diplococo gram negativo	-
X	158	-	-	97	3	671	16	60	Diplococo gram	Negativa

Abreviatura: PMN = Polimorfonucleares

LM = Linfomonocitários

TABELA III
MENINGITE MENINGOCÓCICA NO ADULTO
RELATO DE 10 (DEZ) CASOS
EXAMES LABORATORIAIS: HEMOGRAMA

CASOS	HEMÁCIAS-MILHÕES DE CELS./MM ³	Hb 8%	Ht %	LEUCÓCITOS CELS./MM ³	METAMIELÓCITOS %	BASTÕES %	SEGMENTADOS %	EOSINÓFILOS %	LINFÓCITOS %	BASÓFILOS %	MONÓCITOS
I	3,8	11,0	35	12.000	-	5	77	4	11	-	3
II	4,5	13,6	38	16.000	-	-	85	-	13	-	2
III	3,8	11,8	35	20.600	-	5	77	-	16	-	2
IV	4,0	12,1	37	16.000	-	12	77	-	9	-	2
V	5,2	13,9	44	16.000	-	11	80	-	6	-	3
VI	4,6	13,5	41	15.000	-	-	83	3	12	-	2
VII	4,8	15,0	53	26.300	-	5	63	-	29	-	3
VIII	5,0	16,0	47	25.200	-	3	80	-	15	-	2
IX	4,2	14,1	42	12.900	-	4	82	-	13	-	1
X	3,8	10,1	37	12.900	28%	25	38	1	8	-	-

Abreviaturas: Hb= hemoglobina

Ht= Hematócito

T A B E L A IV
 MENINGITE MENINGOCÓCICA NO ADULTO
 RELATO DE 10 (DEZ) ANOS
 MEDICAMENTOS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	NÚMERO DE CASOS EM QUE FOI UTILIZADO
- Ampicilina	7
- Dexametazona	5
- Penicilina cristalina	3
- Penicilina procaina	2
- Diazepam	2
- Fenobarbital	2
- Garamicina	2
- Cefalotina	2
- Difunil-hidantoina	1
- Propoxifeno	1
- Manitol	1
- - Cloranfenicol	1
- Insulina	1
- Vitamina "K"	1
- Cimetidine	1
- Hidrocortizona	1
- Sulfametoxazol+trimetropim	1
- Drogas sintomáticas *	8
- Hidratação parenteral	8

*-Drogas Sintomáticas: incluem-se analgésicos comuns, antitérmicos, antieméticos, etc.

DISCUSSÃO

Dentre as meningites bacterianas agudas destaca-se a Meningite Meningocócica, devido as suas peculiaridades clínicas, epidemiológicas e suas implicações em saúde comunitária.

Seu agente causal é uma bactéria, a Neisseria meningitides ("meningococo"). É um diplococo gram negativo, intra e extracelular, aeróbio, proliferando em meios enriquecidos em presença de CO₂ e à temperatura ótima de 36°C.

Distribui-se por vários sorçgrupos, em função da fração polissacarídica de sua cápsula, sendo os principais A,B,C e D entre vários outros conhecidos como X,Y,Z, etc. (4-7).

O contágio, em geral, se faz por inalação de gotículas de aerossóis da secreção nasofaringeana de doentes ou de portadores sãos, cujo papel é de fundamental importância epidemiológica. A bactéria penetra no indivíduo pelas vias aéreas superiores e do nasofaringe invade a corrente sanguínea, causando uma meningococemia, que pode ser inaparente ou apresentar manifestações clínicas típicas e de grande gravidade.

A Meningite Meningocócica no Adulto, no presente trabalho, incidiu predominantemente no adulto jovem, já que 8 dos 10 casos ocorreram em pacientes com menos de 25 anos de idade, o que é relatado em vários trabalhos. (4-6-8).

Em apenas um dos casos o paciente tinha mais de 30 anos. A incidência por sexo mostrou nítido predomínio do sexo masculino com 7 casos (70%) contra apenas 3 (30%) no sexo feminino, o que também é corroborado pela literatura. (4-6).

Não se demonstrou significativa diferença da procedência quanto a zona rural ou urbana.

As manifestações clínicas clássicas da meningite meningocócica englobam um quadro infeccioso agudo com febre, mal-estar geral, calafrios, mialgias, artralgias e anoréxia; a septicemia meningocócica (meningococemia), os sinais de participação do sistema nervoso central e as complicações.

Normalmente ocorre um quadro infeccioso agudo, seguido da invasão da corrente circulatória pela bactéria, caracterizando a meningococemia que pode ser inaparente, evoluindo logo a meningite, ou apresen-

tar as clássicas lesões da septicemia meningocócica, caracterizadas pelo exantema maculo-popular e principalmente pelas lesões cutâneas hemorrágicas petequiais, purpéricas ou equimósicas. Pode gerar gravíssimo choque endotoxêmico atribuído à necrose das glândulas supra-renais (síndrome de Waterhouse-Friderichsen); outras vezes observa-se um quadro de coagulação intravascular disseminada.

O acometimento central manifesta-se por sinais e sintomas decorrentes da hipertensão endocraniana e síndrome radicular, observando-se alterações sensoriais, desde sonolência até torpor e coma, náuseas, vômitos e cefaléia, com os sinais de irritação meningéia. Muitas vezes no decorrer da doença observa-se complicações como herpes simples, alterações decorrentes do acometimento infeccioso de outros órgãos, como coração (pericardite, miocardite, etc), olho (conjuntivite, uveítes, etc), alterações neuropsíquicas e alterações trópicas).

Em nosso trabalho, observamos em todos os sinais de irritação meningéia e cefaléia, seguindo-se a febre e vômitos. Observou-se exantema em 5 casos (50%). Seguem-se outros sinais e sintomas como mialgias, astenia, anorexia, calafrios, agitação psicomotora, alterações sensoriais (sonolência, torpor e coma), sinal de Babinski e sinais toxêmicos gerais.

O diagnóstico baseou-se nos dados da anamnese, exame físico e nos dados laboratoriais em que se incluiu o exame do líquido cefalorraquidiano (citologia, bioquímica, bacterioscopia e cultura), hemocultura, isolamento do germe à partir das lesões da pele e hemograma.

O exame do líquido cefalorraquidiano constitui o meio diagnóstico laboratorial fundamental nas meningites meningocócicas (assim como nas demais meningites).

Na análise citológica apresentam pleocitose, na maioria dos casos com predomínio de polimorfonucleares (90%) na linhagem leucocitária. Bioquimicamente observou-se hiperproteínoorraquia em 70% dos casos, hipoglicorraquia em 50% e alteração significativa de cloretos em apenas 10%.

Na bacterioscopia do líquido cefalorraquidiano o achado de ^{ch}diplococo gram negativo sugere a etiologia meningocócica, consideran-

do-se a raridade de outros diplococos gram negativos como causa' de meningite (4). Em nossa casuística identificou-se o diplococo gram negativo em 100% dos casos. A cultura possibilita a identificação do germe, apesar de muitas vezes ocorrer falha na positividade em virtude de falhas técnicas ou do uso prévio de antibióticos.

Em nossa amostra a cultura foi realizada apenas três vezes, sendo positiva em apenas duas delas para a Neisseria Meningitides.

O hemograma revelou leucócitos em todos os casos, na maioria dos quais com desvio para a esquerda e predomínio dos neutrófilos e também eosinopenia.

Estes dados estão de acordo com a literatura consultada (4-6).

O tratamento utilizado constou do uso de antibióticos, corticosteróides, quimioterápicos, drogas sintomáticas (antieméticos , analgésicos comuns, etc) e hidratação parenteral, conforme mostra a Tabela IV. A ampicilina foi o antibiótico mais usado, seguindo-se a penicilina cristalina e penicilina procaína, o que está de acordo com a literatura consultada. (4-6-7).

Outros antibióticos usados foram a garamicina, cefalotina e clo-ranfenicol. A dexametasona foi utilizada em 50% dos casos e o seu emprego parece contribuir para a normalização mais rápida do líquido cefalorraquidiano, reduzindo o tempo de internação e o custo do tratamento, segundo a literatura. (2)

O prognóstico da meningite meningocócica está na dependência de vários fatores (3-4-) e em que se destaca a virulência do germe, a idade do paciente, verificando-se maior mortalidade nos grupos de idade extrema, tempo curto de história mórbida antes da admissão, ocorrência de choque e coma, número de leucócitos normal ou diminuído no sangue periférico.

Nos casos analisados, a média de tempo de internação foi de 13,6 dias, sendo que apenas 1 caso (10%) evoluiu à óbito, e 9 casos (90%) tiveram alta curados e sem seqüelas. Não se observou relação entre tempo curto de história mórbida na admissão e pior prognóstico, no entanto, devido ao pequeno número de casos analisados torna-se difícil uma análise a esse respeito. A mortalidade foi de 10,5%, o que está de acordo com a literatura (4-6).

V - CONCLUSÕES

1. - A Meningite Meningocócica no Adulto é mais comum no sexo masculino, predominando no adulto jovem.
2. - Diante de um paciente com quadro infeccioso agudo, apresentando febre, cefaléia, vômitos e exatⁿtem~~ta~~a, impõem-se o diagnóstico de meningite meningocócica.
3. - Todo paciente com suspeita de meningite meningocócica (ou qualquer outra meningite) deve ser submetido à punção lombar para a análise do líquido.
4. - Para fins diagnósticos o exame do líquido cefalorraquidiano é decisivo, procurando-se alterações citológicas , bioquímicas e a identificação do germe pela bacterioscopia e cultura.
O hemograma embora não indispensável, nos revela, na maioria dos casos, uma leucocitose com desvio para a esquerda.
5. - O antibiótico de escolha no seu tratamento é a ampicilina ou a penicilina cristalina.

.. .. .

ABSTRACT

Meningococcic Meningitis constitutes an enfermity predominantly happening in children, with an endemic occurrence that takes, at times an epidemic character of great epidemiological importance.

This work includes the presentation of 10 cases of " Meningococcic Meningites " in adulthood, where we analyzed clinical characteristics, the means where the treatment was diagnosed and all the so envolved factors.

.. ..

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. - AGUILAR, C.A.; BUSTOS, R.V.; COREY, G.O. et al. Portadores de Meningococos. Bol. of Sanit. Panam., 87 (3) : 238 - 245, Septiembre, 1979.
2. - BALDY, J.L.S. & PASSOS, J.N. Avaliação do Emprego de Dexametasona no Esquema Terapêutico de Meningites Purulentas. Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo, 21 (2): 90 - 98, Março - Abril, 1979.
3. - BALDY, J.L.S.; PASSOS, J.N.; TAKATA, P.K. & TURINI, T.L. Fatores Prognósticos da Doença Meningocócica: Estudo relativo a 254 casos. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 13: 173-82, 1979.
4. - BASTOS, C.O. Meningite Meningocócica. Doenças Infecciosas e Parasitárias, cap. 61, pág. 530-535, Ed. Guanabara Koogan, S.A., 6ª edição, Rio de Janeiro, 1976.
5. - BASTOS, C.O.; GALVÃO, P.A.A.; TAUNAY, A.E. & TIRIBA, A.C. Meningites Meningocócica em São Paulo, Brasil. Bol. of Sanit Panam, vol. LXXIX (1): 54-62, julio, 1975.
6. - Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Controle da Meningite. Doença Meningocócica. Vigilância Epidemiológica e Controle, 1975.
7. - Organización Mundial de la Salud. Lucha contra la Meningitis Cerebroespinal. Informe de um Grupo de Estudio de la OMS. Ginebra, 1976. (Série de Informes Técnicos 588).

.../...

8. - Organizacion Panamericana de la ^{S 1} ~~Da~~sud. Informe de la primera reunion hemisférica sobre^e la Enfermedad Meningocócica. Bol. of Sanit Panam., vol. LXXXI (1): 66-77, julio, 1976.

.. .. .

**TCC
UFSC
CM
0189**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0189

Autor: Santos Filho, Alci

Título: Meningite meningocócica no adult



972812038

Ac. 253379

Ex.1 UFSC BSCCSM