

CASE REPORT

PACIENTE COM MENINGITE INESPECÍFICA EVOLUINDO A ÓBITO:

RELATO DE CASO

Arthur Alves Borges de Carvalho¹; Daniela Mascarenhas Matos²; Monick Piton Pereira^{2,3};
Jivago Chaib Martins Lima²

RESUMO

Apresenta-se aqui um relato de caso de uma paciente do gênero feminino que evoluiu a óbito numa unidade hospitalar sem causa definida, sendo encaminhada ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO) para exame necroscópico, com diagnóstico final de meningite inespecífica.

Palavras-chave: Meningite. Necrópsia.

¹Mestre. Médico patologista e docente do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto (ITPAC/FAPAC); Departamento de patologia e medicina legal da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Secretaria de saúde do estado do Tocantins;

²Graduandos do curso de medicina do ITPAC/FAPAC;

³Graduada em enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Ciências; Pós-graduação em urgência e emergência pela Universidade Federal da Bahia.

INTRODUÇÃO

De acordo com Robbins e Cotran (2005), meningite é todo processo inflamatório das leptomeninges e do LCR, que podem ter origem infecciosa ou de outras causas, como químicas. Podem ser classificadas em piogênica aguda (bacteriana), asséptica (viral aguda) e crônica (geralmente tuberculosa).

O Sistema de Agravos de Notificação do Brasil afirma que, nos anos de 2007 a 2010 a mortalidade foi de 5,8%, representando 65.000 casos de meningite em crianças, totalizando 3.770 óbitos (PRATS, et al. 2012).

O objetivo deste relato é descrever o caso de uma paciente que evoluiu para óbito sem causa definida, na qual o corpo foi enviado ao serviço de verificação de óbito para definição da causa e foi constatada uma meningite de etiologia desconhecida.

Devido a isto, uma comparação entre a clínica do paciente, o exame

necroscópico e as características de cada tipo de meningite possui grande relevância, pois, a partir disso, pode-se sugerir a etiologia da meningite. Em seguida, faz-se uma revisão de literatura acerca da epidemiologia, quadro clínico, relevância dos exames complementares, conduta terapêutica e prognóstico da meningite.

RELATO DO CASO

Paciente do gênero feminino, 10 anos, deu entrada no Pronto Atendimento, com quadro de cefaléia intensa, associado à febre e torpor. Evoluiu rapidamente com crise convulsiva e parada cardiorrespiratória, em 16.05.13 às 03:45 horas. Os medicamentos administrados intra-hospitalar foram Ceftriaxona e Dexametasona. Os exames realizados não foram disponibilizados pelo hospital.

Deu entrada no serviço de verificação de óbito (SVO) do

município de Palmas - TO em 16/05/13, exame necroscópico realizado às 10h30min horas. F.S.A. possuía cor parda, era estudante, cursando ensino fundamental, solteira. Paciente livre de comorbidades (SIC), normolínea, 120 cm de altura, pesando 35 kg, trajando fraldão. Ao exame externo: crânio simétrico, ausente de lesões, cabelos encarapinhados e negros, pálpebras entreabertas, pupilas midriáticas, íris castanhas, córneas transparentes, conjuntiva anictérica e transparente, fluindo secreção sanguinolenta pelo nariz; tórax simétrico, ausente de lesões; abdome plano, sem lesões; dorso ausente de lesões; genitália feminina, normoinserida, pêlos normoimplantados; membros superiores e inferiores amarrados por faixa.

Realizada incisão em crânio bimastróide vertical e afastados os planos cutâneos do couro cabeludo, observou-se cérebro com edema e vasocongestão acentuada; meninges

congestas e opacificadas. Saída de sangue da cavidade medulo-espinhal. Cerebelo com leve edema e vasocongestão.



Figura 1- Exame necroscópico evidenciando edema, vasocongestão cerebral, meninge congesta e opacificada.

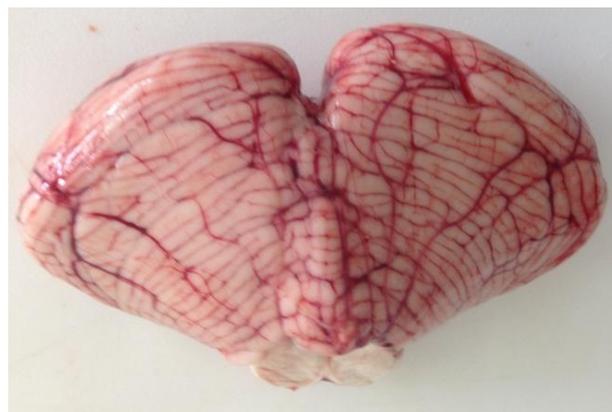


Figura 2 - Cerebelo apresentando vasocongestão à necrópsia.

Foi realizada na cavidade tóraco-abdominal, incisão fúrculo-pubiana ao nível da linha mediana anterior, dissecados os planos músculo-cutâneos e desarticulado o plastrão condro-esternal. Os pulmões encontraram-se congestionados e com áreas de hemorragia, porém ausência de derrame pleural.



Figura 3 – Exame necroscópico evidenciando congestão pulmonar, com focos hemorrágicos, porém ausência de derrame pleural.

O coração com hipertrofia ventricular esquerda leve, petéquias em epicárdio e presença de derrame

pericárdico; timo habitual; fígado congesto com aumento de volume discreto; baço congesto com tamanho habitual; pâncreas com leve edema; estômago com pangastrite erosiva e presença de hemorragia luminal (HDA), ausente de ulcerações; alças intestinais congestionadas; rins com acentuada congestão e suprarrenais com hiperplasia; aparelho genitourinário sem particularidades.



Figura 4 – Paciente apresentando ao exame necroscópico, hipertrofia ventricular leve, com

focos de petéquias em epicárdio e derrame pericárdico.



Figura 5 e 6 - Exame necroscópico evidenciando estômago com pangastrite e hemorragia.



Figura 7 -Paciente apresentando ao exame necroscópico, fígado congestionado com aumento de volume discreto.



Figura 8-Paciente apresentando ao exame necroscópico,rim com acentuada congestão.

Foram coletadas amostras para histopatológico do coração, cérebro, cerebelo, rim direito, rim esquerdo, fígado, pulmão, baço, pâncreas, estômago, meninges, sangue e líquido pericárdico. Ao exame histopatológico realizado em 17/05/13 os resultados obtidos foram: coração sem alterações histopatológicas significativa; cérebro com meningite linfoplasmocitária inespecífica; cerebelo com parênquima cerebelar preservado; parênquima renal e adrenal sem alterações significativas; pulmão com congestão e edema; baço congesto; parênquima pancreático preservado; estômago apresentando gastrite crônica leve, pesquisa *Helicobacter pylori* negativa; ao líquido pericárdico e soro ausente de crescimento microbiano à cultura; mononucleares +++ e polimorfonucleares ++; sorologia para dengue, IgM não reagente.

Por fim, paciente apresentou quadro de óbito súbito com clínica sugestiva de meningite. Ao exame necroscópico evidenciou-se na anatomia patológica presença de gastrite com hemorragia gástrica. Na histopatologia, confirmou-se presença de processo inflamatório gástrico e presença de inflamação com infiltrado linfoplasmocitário nas meninges de etiologia inespecífica. Os testes sorológicos para dengue foram negativos e exames de cultura e citologia do líquido pericárdico negativos para crescimento microbiano.

DISCUSSÃO

Segundo Robbins e Cotran (2005), a meningite piogênica aguda diferencia-se de acordo com a idade. Em recém-nascidos os principais organismos são a *E. Coli* e o *Streptococos* do grupo B. Já em idosos o *Streptococcus pneumoniae* e *Listeria monocytogenes* são agentes etiológicos

mais comuns. Em adolescentes e adultos jovens, *Neisseria Meningitidis* representa o patógeno mais comum, sendo causa frequente de problemas de saúde pública.

O LCR se apresenta, normalmente, limpo. No entanto, um dos sinais de meningite bacteriana é a presença do LCR turvo e purulento. Além disso, tem-se exsudato na superfície do cérebro (ROBINS E CONTRAN, 2005).

Com a introdução da vacinação contra *Haemophilus influenzae*, houve uma redução significativa de casos relacionados a este patógeno. Tornando, desta forma, o *Streptococcus pneumoniae* o microrganismo de maior relevância (ROBBINS E CONTRAN 2005).

PRATS, et al. (2012) afirma que, ameningite bacteriana (MB) ocorre mais em crianças sendo uma infecção grave do sistema nervoso central (SNC). A vacinação, antibioticoterapia e cuidado hospitalar adequado são fatores

fundamentais que vêm reduzindo os riscos de mortalidade.

SCHOSSLER, et al. (2013) expõe que, a meningite bacteriana é causada por *Haemophilus influenzae* entre 20% a 60% dos casos, apresentando uma taxa de letalidade que atinge 40%.

SHIEH, et al. (2012) diz que, alguns fatores como: idade, gravidade, agente causal, duração da doença durante sua apresentação aguda, condições de base do paciente e atraso no início de terapia antimicrobiana efetiva, aumentam o risco de óbito ou desenvolvimento de complicações.

Meningite asséptica aguda é uma patologia geralmente causada por vírus, sendo autolimitadas. Em aproximadamente 70% dos casos pode ser identificado o patógeno, que geralmente é o enterovírus. O não reconhecimento de organismos nessa patologia designa sua nomenclatura, sendo, desta forma, um termo

inadequado, porém clínico (ROBBINS E COTRAN, 2005).

A meningite viral ocorre em todas as idades, com maior probabilidade em menores de cinco anos, geralmente tem seu curso benigno, sendo caracterizada por alterações neurológicas. Os surtos são comuns, entretanto ocorrem também de forma isolada, no qual os microorganismos que se destacam no grupo de Enterovirus são Poliovírus, Echovírus e os Coxsackievírus (VRANJAC, 2006).

CONCLUSÃO

Conclui-se tratar de óbito natural por choque hipovolêmico em virtude da perda volumosa de sangue pelo estômago associada à presença de inflamação. A meningite pode ser tanto concomitante ao quadro de hemorragia gástrica, se tratando de meningite de etiologia viral ou mesmo pode ser fator precipitante de todo quadro que levou a

paciente a óbito, passando pela hemorragia gástrica, em se tratando de meningite de etiologia bacteriana. Contudo a etiologia da meningite não pode ser especificada por exames microbiológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FAUSTO; ABAS e KUMAR. Patologia – Bases Patológicas das Doenças. Editora Elsevier, 5ª ed. Rio de Janeiro, 2005.
2. SHIEH, Huei H.; RAGAZZI, Selma L. B. and GILIO, Alfredo E..Fatores de risco para complicações neurológicas e sequelas em meningite bacteriana aguda em crianças. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2012, vol.88, n.2, pp. 184-186.
3. PRATS, João Antonio G. G. et al.Revisão sistemática do uso da dexametasona como terapia adjuvante na meningite bacteriana em crianças. *Rev. paul. pediatr.* [online].

2012, vol.30, n.4, pp. 586- 593. ISSN
0103-0582.

4. SCHOSSLER, João Guilherme
Stadler; BECK, Sandra Trevisan;
CAMPOS, Marli MatikoAnraku de
and FARINHA, Lourdes
Bouffleur.Incidência de meningite por
Haemophilus influenzae no RS 1999-
2010: impacto da cobertura
vacinal. *Ciênc. saúde coletiva* [online].

5. SECRETARIA DE ESTADO DA
SAUDE DE SAO PAULO. Divisão de
Doenças de Transmissão Respiratória,
do Centro de Vigilância Epidemiológica
"Prof. Alexandre Vranjac",
Coordenadoria de Controle de
Doenças e INSTITUTO ADOLFO
LUTZ. Laboratório de Vírus
Entéricos.Meningites virais. *Rev. Saúde
Pública* [online]. 2006, vol 4. pp. 748-
750. ISSN 0034-8910.