

MIELITE TRANSVERSA NO DECURSO DE MENINGITE MENINGOCÓCICA

REGISTRO DE UM CASO

*ABRAM TOPCZEWSKY **
*MARIA LUCIA P. GUIMARÃES **
*ANTONIO B. LEFÈVRE ** †*

As seqüelas neurológicas conseqüentes às meningites meningocócicas são consideradas pouco freqüentes, pois estão situadas na faixa dos 4%¹ a 5,5%². Quanto ao comprometimento medular, considera-se como uma intercorrência rara. Tratando-se de uma manifestação incomum da infecção meningocócica, com poucos casos descritos na literatura mundial, além de não haver descrição anterior na literatura nacional, consideram, os autores, ser de interesse este registro.

OBSERVAÇÃO

R.S., de 5 meses, sexo masculino, branco, internado com quadro febril, vômitos, irritabilidade e abaulamento da fontanela bregmática. Com o exame do líquido cefalorraqueano fez-se o diagnóstico de meningite meningocócica. (Tabela 1). Durante a internação apresentou várias crises convulsivas tipo tônico-clônica generalizadas e, no 2º dia, encontrava-se em coma profundo, com midríase paralítica bilateral. Nesta ocasião apresentou duas vezes parada cárdio-respiratória; como a fontanela estivesse muito tensa e abaulada, foi submetida à punção ventricular, com o que melhoraram os sinais vitais. No 7º dia da evolução, após melhoria do nível de consciência, notou-se que não movimentava os membros inferiores aos estímulos dolorosos, além de apresentar retenção urinária. Nos dias subseqüentes, o quadro era de uma paraplegia flácida, arreflexica, com distensão vesical, que se desfazia à compressão abdominal; além desses achados foi evidenciada oftalmoplegia extrínseca e intrínseca bilateral. Por ocasião da alta hospitalar, no 13º dia, movimentava os membros inferiores no plano horizontal, persistindo a arreflexia miotática, a distensão vesical, com melhoria parcial do quadro ocular, pois já se evidenciava reação pupilar à luz e esboço de movimento lateral do olhar para ambos os lados. Reexaminado após 7 meses, notava-se um atraso neuropsicomotor, persistindo a arreflexia miotática nos membros inferiores, mas com força diminuída, pé equinovaro à direita e paresia do IIIº nervo craniano bilateral.

Trabalho do Departamento de Neurologia Infantil da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: * Assistentes; ** Professor Titular.

Dias	Punção	Citologia										Bacterios.
		Células	N	L	M	R	Prot.	Clor.	Glic.	Pandy-None		
1º	SOD	97	60	38	2	—	206	819	77	positivo	meningococo	
2º	SOD	5113	93	3	1	3	700	701	30	positivo	meningococo	
5º	Ventr.	2380	28	70	2	—	240	1011	42	positivo	negativa	
7º	SOD	122	52	24	8	16	116	681	44	positivo	negativa	
	Lombar	597	78	8	10	4	140	686	46	positivo	negativa	
12º	SOD	17	14	70	12	14	114	742	59	positivo	negativa	
	Lombar	23	39	16	33	12	210	747	62	positivo	negativa	
23º	SOD	42	14	29	7	50	83	726	43	positivo		
7 meses após	SOD	0	—	—	—	—	31	678	62	negativo		

Tabela 1 — Resultados dos exames do LCR no período agudo e de controle: N = neutrófilos;

L = linfócitos; M = monócitos; R = reticulócitos; Prot. = proteínas;

Clor. = clorotos; Glic. = glicose; Bacterios. = bacterioscopia.

COMENTARIOS

Embora a doença tenha sido descrita por Vieusseux em 1805 como meningite cerebrospinal, a *Neisseria meningitidis* foi descoberta somente em 1887 por Weichselbaum, citado por Bell e McCormick¹. Em 1893 Gowers mencionou a possibilidade de se desenvolver uma paraplegia secundária à meningite meningocócica². Apesar de tão longínqua esta afirmação, considera-se, ainda, o comprometimento medular como raro. O acometimento medular pode se fazer na fase aguda sob a forma de mielite transversa, como descreveram Massary & Chantelin em 1910 ou sob a forma poliomiélica, como descreveu Sicard em 1902, conforme citou Turner³. Mais tardiamente, o acometimento se faz em forma de aracnoidite. O mecanismo comprometedor, na fase aguda, pode ser de modo compressivo, tal como a formação de abscesso ou secundário a mecanismo vascular isquêmico, causando uma mielomalácia. Não devemos nos esquecer que as vasculites, tais como as verificadas em outras regiões do sistema nervoso central podem justificar as alterações mencionadas, embora não se disponha, por ora, de descrições de angiografias medulares nos quadros de meningites. No caso em questão, provavelmente o mecanismo lesional foi o vascular e não o compressivo, pois as provas manométricas líquóricas foram sempre normais, afastando um quadro de bloqueio medular, além do que, as proteínas voltaram aos níveis normais e a melhoria clínica era notória. Devemos, ainda, mencionar que o comprometimento da motricidade ocular extrínseca e intrínseca também são pouco comuns nesses quadros. Esta é mais um exemplo de uma complicação rara, associada a uma seqüela também rara.

RESUMO

Os autores relatam um caso de meningite meningocócica que apresentou como complicação rara uma mielite transversa, ressaltando ser este o primeiro caso descrito na literatura nacional.

SUMMARY

Transverse myelitis and meningococcal meningitis: a case report.

Report of a case of acute transverse myelitis as a rare complication of meningococcal meningitis. This is the first report in the Brazilian literature.

REFERENCIAS

1. BELL, W. E. & Mc CORMICK, W. F. — *Neurologic Infections in Children*. W. B. Saunders Co, Philadelphia, 1975, cap. 4.
2. BRESOLIN, A. U. — Avaliação neurológica e do líquido cefalorraqueano em crianças com meningite meningocócica do soro grupo A. Dissertação para mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1980.
3. GOTSHALL, R. A. — Conus medullaris syndrome after meningococcal meningitis. *New Eng. J. Med.* 286:882, 1972.

4. LEFÈVRE, A. B.; ALMEIDA, I. J. M.; SANTOS, I.; ELKIS, L. C.; PAZINATO, M. Jr., PAREDES, M. A. N.; PINTO, M. C. B.; VALENTE, M. I.; GUIMARÃES, M. L. P.; GROSSMAN, R. M.; DEL PORTO, R.; GASAL, S.; CYPEL, S. & GOES, S. L. — Estudo clínico de 78 casos de meningite em crianças. *Neuropediatria Latinoamericana* (Buenos Aires). 11:217, 1977.
5. MENKES, J. H. — *Textbook of Child Neurology*. Lea & Febiger, Philadelphia, 1974, cap. 6.
6. NANKERVIS, G. A. — Bacterial meningitis. *Med. Clin. North Amer.* 58:581, 1974.
7. TAL, Y.; CRICHTON, J. U.; DUNN, H. G. & DOLMAN, C. L. — Spinal cord damage: a rare complication of purulent meningitis. *Acta Paediatr. Scand.* 69:471, 1980.
8. TURNER, J. W. A. — Spinal cord lesions in cerebrospinal fever. *Lancet* 1:398, 1948.

Clínica Neurológica — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo — Caixa Postal 3461 — 01000 São Paulo, SP — Brasil.