

Diagnóstico diferencial das meningites

Fernandes, BR¹; Freitas, DHM¹; Gomes, ACSC¹; Magalhães, PG¹; Santos, APB¹; Santos, CR¹; Silva, AEJr¹; Serufo, JC²

RESUMO

As meningites apresentam etiologias diversas, porém as causas infecciosas são as de maior prevalência e as que comumente apresentam-se como emergências médicas de elevada morbidade e mortalidade. Diante disso, é muito importante que o médico reconheça precocemente os diversos quadros de meningite e diferencie-os para que as medidas terapêuticas adequadas sejam instituídas de acordo com o agente etiológico mais provável.

O exame clínico e a análise do líquido são fundamentais para estabelecer o diagnóstico diferencial das meningites.

O presente artigo discute os principais diagnósticos diferenciais das meningites, através da descrição dos achados clínicos e laboratoriais mais frequentes de cada um deles e aborda de forma sucinta as medidas terapêuticas que devem ser instituídas para cada um no atendimento médico de emergência.

Palavras-chave: Meningite; Conduta; Emergência.

¹Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais;
²Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO

As meningites são processos infecciosos e/ou inflamatórios agudos, que acometem por contingüidade ou via hematogênica, as meninges e o espaço subaracnóideo. Elas associam-se ao morbi-mortalidade significativa. A sua gravidade clínica indica a importância de seu reconhecimento precoce.

O objetivo deste artigo é distinguir os processos infecciosos que acometem o sistema nervoso central (SNC), para que seja rapidamente instituída terapêutica adequada.

FISIOPATOLOGIA

O evento fisiopatológico principal é a reação inflamatória induzida por microrganismos invasores, responsáveis pela maioria das manifestações neurológicas e suas complicações.

As infecções do SNC podem cursar até três síndromes clínicas: toxemia com alteração intensa do estado geral, síndrome febril, confusão mental com delírio; hipertensão intracraniana (cefaléia, náuseas e vômitos) e irritação meníngea (rigidez nuchal, desconforto lombar, sinais de Kernig e Brudzinski).

Os principais agentes etiológicos, assim como suas prevalências, são diferentes, conforme a faixa etária e o estado imunológico dos pacientes.

Endereço para correspondência:
anapaulab13@yahoo.com.br

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A avaliação clínica é o passo inicial e fundamental em que, através da anamnese, busca-se investigar a ocorrência de infecções prévias, vômitos e náuseas; cervicálgia, cefaléia, história vacinal e comorbidades, em especial, imunodeficiências.

O exame do líquido é procedimento de escolha para o diagnóstico de meningites¹, salvo contra-indicações.

Meningite bacteriana aguda (MBA)

A incidência anual estimada é de 0,6-4 por 100 mil adultos, em países desenvolvidos¹, e de 3,1 por 100 mil habitantes, no Brasil.² Os estudos retrospectivos e prospectivos, que foram realizados recentes, relatam uma taxa de mortalidade em torno de 13-27%, apesar da administração de terapêutica adequada.¹ A apresentação clínica clássica é a tríade composta por febre (sensibilidade 85%, ocorre em 95% dos casos)^{4,5}, rigidez de nuca (sensibilidade 70%, ocorre em 88% dos casos)^{4,5} e alteração do estado mental (sensibilidade 67%, ocorre em 75% dos casos)^{4,5}, entretanto, surge em menos de dois terços dos pacientes.⁴ É identificada pelo menos duas ou uma das alterações sintomatológicas acima descritas, em 95 ou 99% dos pacientes, respectivamente. Os sinais de Kernig e Brudzinsky apresentam baixa sensibilidade e alta especificidade. A identificação de convulsões, sinais neurológicos focais e erupção (mais comum na meningite meningocócica) ocorre em 23%, 25-30% e 10% dos casos, respectivamente.⁵ O líquido revela: aspecto purulento; pleocitótico com 1.000 a 10.000 células/mm³, sendo mais de 90% de neutrófilos¹; com hipoglicorraquia (2/3 da glicemia, podendo ser indetectável)⁷ e hiperproteínorraquia. A coloração, pelo Gram, permite a visualização de microrganismos, em cerca de 60%, e a cultura é positiva, em mais de 80% dos casos.⁷ A pesquisa de antígenos por aglutinação em látex é comumente utilizada. Os exames de imagem possuem indicações limitadas.

Meningite e meningoencefalite virais

Apresentam sintomatologia similar à MBA, porém, com menos intensidade. Os sinais neurológicos focais (deficiência motora, assimetria de

reflexos, alterações da coordenação) e as crises convulsivas parciais ou generalizadas são mais frequentes quando há acometimento do parênquima cerebral. O líquido apresenta aspecto normal ou turvo, com pleocitose linfocitária (> 60%), proteinorraquia normal ou discretamente alterada (80-100mg/dL)⁵ e glicorraquia normal. A pesquisa monoclonal de antígenos virais (para enterovírus) e a reação em cadeia de polimerase para HSV 1 e 2 devem ser realizadas devido à possibilidade de tratamento medicamentoso para o HSV 1 e 2. A confirmação da etiologia viral evita gastos desnecessários com antibioticoterapia, antivirais e suporte hospitalar.

Meningoencefalite herpética (MEH)

É caracterizada por expressão clínica progressiva, com manifestações das três síndromes encontradas nas infecções do SNC, porém menos intensas. A sua evolução, em geral, é aguda e com menos frequência subaguda, em que realçam as crises convulsivas, alterações de comportamento e memória, agressividade e acometimento do parênquima cerebral. O líquido apresenta pleocitose linfocítica ou mista (50-100 leucócitos/mm³), discreta elevação protéica e glicose normal. Sem o tratamento adequado, em poucos dias, pode evoluir para o coma ou morte.⁵

Neurotuberculose

Assemelha-se à MBA, nas fases iniciais, mas tende à cronicidade. A sua aparência na urgência é comum apresentar-se com sinais de acometimento de pares cranianos, especialmente, do VI par. O líquido possui aspecto opalescente, com pleocitose, em que se observa equilíbrio de polimorfonucleares e linfócitos, hipoglicorraquia, hiperproteínorraquia (até 200mg/dl), raramente com valores vistos na MBA.⁵ A reação em cadeia de polimerase para *M. tuberculosis* possui sensibilidade da cultura com as vantagens da rapidez.

Meningite fúngica

É observada, principalmente, em pacientes imunocomprometidos. A sua evolução é insidiosa, semelhante à neurotuberculose. É freqüente o

surgimento de HIC não comunicante, sendo indicados exames de imagem antes da punção líquórica. O líquido apresenta-se pleocitótico (predomínio de linfomononucleares), com glicorraquia normal ou baixa, e hiperproteínoorraquia. Deve ser feita pesquisa direta com coloração pela Tinta Nanquim e cultura. A pesquisa de antígenos pode ser realizada.

Abscesso cerebral

É mais freqüente após procedimentos neurocirúrgicos ou Trauma Crânio-Encefálico (TCE). Em 75 a 95% dos pacientes, observa-se cefaléia, em geral, hemicraniana e refratária a analgésicos. Os sinais focais e o aumento da temperatura corpórea; as convulsões; o meningismo e o edema de papila são encontrados em: 50; 30-50; 20; e em 23-50% dos casos⁶, respectivamente. A presença de HIC contra-indica a punção lombar para a coleta do líquido para o exame, que se revela normal ou com discreto aumento de proteínas e de polimorfonucleares. O diagnóstico é possível com o exame de imagem.

Outras alterações: são constituídas pelo meningismo; hemorragia subaracnóidea, em que se deve pesquisar história de TCE e/ou de uso de anticoagulantes; e de febre hemorrágica, a ser diferenciada de meningococemia.

CONDUTA

Vide Figura 1.

CONCLUSÃO

Os diversos quadros clínicos de meningite e seus diagnósticos diferenciais apresentam sintomatologia semelhante. São graves com evolução rápida e elevada morbimortalidade, quando deixado evoluir sem tratamento adequado. A realização de anamnese e exame físico minuciosos e a indicação precisa de exames complementares, aliada, sobretudo, à análise conjunta destes dados, são fundamentais para o diagnóstico correto e a instituição rápida de terapêutica precisa e apropriada.

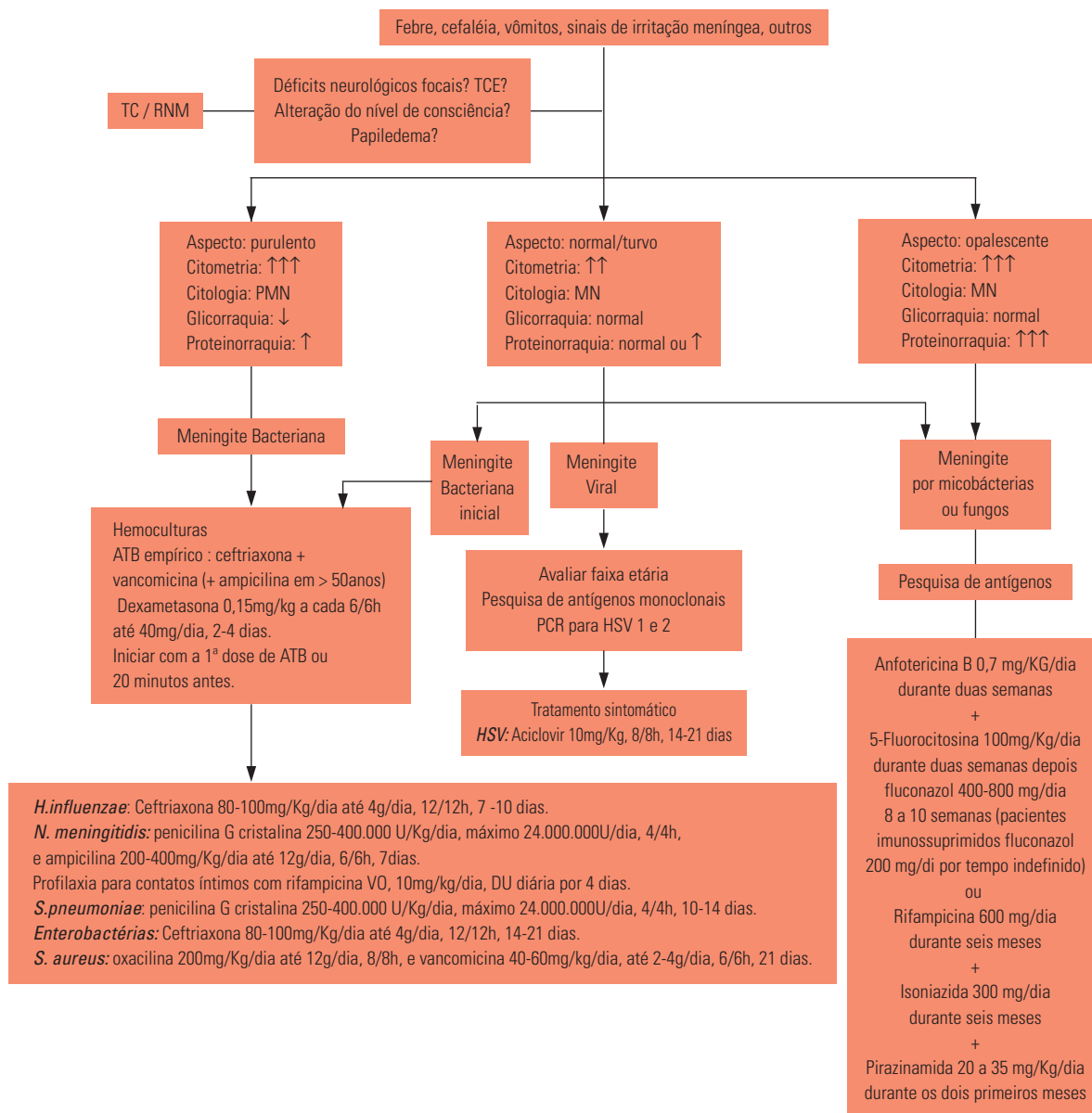


Figura 1 - Fluxograma para avaliação e conduta em casos suspeitos de meningite.

REFERÊNCIAS

1. Fitch MT , van de Beek D. Emergency diagnosis and treatment of adult meningitis. Lancet Infect Dis. 2007 Mar; 7(3):191-200.
2. Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde.Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil. In: Brasil.Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2004. Brasília: Editora MS;2004, Cap.6.
3. Van de Beek D, de Gans J, Tunkel AR, Wijdicks EFM. Community-acquired bacterial meningitis in adults. N Engl J Med, 2006; 354: 44-53.
4. Machado LR. Meningites bacterianas agudas. In: Martins HS, Damasceno MCT, Awada SB. Pronto socorro. São Paulo: Manole; 2006. p.859-72.
5. Machado LR. Infecções do SNC no Imunocompetente. In: Martins HS, AL Brandão Neto R, Scalabrini Neto A, Velasco I. Emergências clínicas: abordagem prática. 3ª ed. São Paulo: Manole; 2007. p.724-39.
6. Santos EC, Campos GB, Leal JC. Meningites. In: Pires MTB et al. Manual de urgências no pronto-socorro. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 833-47.
7. Karen LR, Kenneth LT. Meningite, encefalite, abscesso cerebral e empiema. In: Harrison TR, Kasper DL. Harrison medicina interna. 16ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2006. p.2593-612.