



# MENINGOCOCCEMIA COMPLICADA E VACINAÇÃO:

Autores: Alexandre Ely Campéas; Alexandre Suzuki Horie; Danyelle Oliveira Toledo; **Deise Cristine de Medeiros\***; Fernanda Brandão Ferrari; Jamil Cesar Ribeiro de Queiroz; João Ernesto Ribeiro de Queiroz; Livia Lopes Soares de Melo; Priscila de Souza Soares; Silvia Regina Marques.

## Introdução

A doença meningocócica apresenta distribuição endêmica em todo o mundo, sendo frequente entre os 06-24 meses e adolescência, com altas taxas de morbimortalidade. Causada pela *Neisseria meningitidis*, bactéria colonizadora da nasofaringe do ser humano; com predomínio em nosso meio dos sorogrupos B e C. A doença sistêmica apresenta-se como diferentes formas clínicas, sendo a meningococemia isolada a de pior prognóstico.

## Relato do caso

T.A.P., feminino, 12 anos, estudante, natural e procedente de Mauá-SP, iniciou no dia 04/07/10 quadro de cefaléia, febre e vômitos, evoluindo após dois dias com manchas pelo corpo e crise convulsiva, quando procurou assistência médica. Admitida na UTI com sufusões hemorrágicas difusas, sem sinais meníngeos e choque séptico grave (cianótica, extremidades frias, hipotensa, taquicárdica, perfusão lentificada e Glasgow 14); necessitou de expansão volêmica, drogas vasoativas, ventilação mecânica, antibioticoterapia (iniciado Ceftriaxone) e múltiplas transfusões sanguíneas. Exames: Hb 7.6, Ht 23.4, leuco 32.300, neutro 80%, linf 5%, mon 9%, plaq 45.000, PCR 26.2, uréia 69, creat 4.1, CK 4407, TGO 492, TGP 283, DHL 3158, TAP 50.5, Ativ 15%, Fibrinogênio 277, INR 7.27, líquor sem alterações e hemocultura com *Neisseria meningitidis* C. No dia 12/07/10, devido anúria, iniciou-se hemodiálise e, após oito dias de VM foi extubada sem intercorrências. Em 16/07/10, apresentou parada respiratória súbita com dessaturação, sendo realizada tomografia de tórax que evidenciou atelectasias e pneumonia com derrame pleural e Ecocardiograma com miocardite, sendo trocado antibiótico por Vancomicina e Piperacilina/Tazobactam. A criança se manteve estável, com desaparecimento dos picos febris, evolução das sufusões para lesões necróticas com gangrena de extremidades e IRA dialítica. Suspenso antibioticoterapia (14º dia). Iniciou acompanhamento nos serviços de cardiologia, cirurgia vascular, cirurgia plástica e ortopedia, sendo realizados diversos debridamentos das lesões e, em 03/09/10, necessitou de amputação de membro inferior direito infra-patelar e pé esquerdo (3º, 4º e 5º dedos). Posteriormente, 05/09/10, por suspeita de infecção secundária no cateter de Shilley, foi reintroduzido Vancomicina e Meropenem. Permaneceu na UTI por 61 dias e foi transferida para enfermaria hemodinamicamente estável e com boa evolução da cicatriz cirúrgica e das lesões máculo-ulceradas, estando em programação para a realização de enxertos cutâneos. No dia 22/09/10, a menor trocou cateter Shilley e após 18 dias de internação na enfermaria a paciente apresentou quadro de vômitos, liberação esfinteriana, olhar fixo, paralisia flácida, rebaixamento do nível de consciência, taquicardia, hipertensão e queda da saturação, sendo transferida para UTI e diagnosticado Tromboembolismo Pulmonar Maciço Bilateral, Isquemia Cerebral em lobo frontal, occipital e corpo caloso e taquicardia supraventricular. Realizada intubação orotraqueal e iniciado Polimixina, anticoagulação plena, amiodarona, drogas vasoativa em altas doses e AAS. Não houve resposta aos medicamentos, a paciente manteve taquicardia sinusal sustentada e choque, evoluindo para óbito em 27/09/10.



APOIO

## Conclusão

A meningococemia é potencialmente fatal e deve ser encarada como emergência médica. A expressão clínica desta infecção varia e, portanto, um índice elevado de suspeita e pesquisa diagnóstica são necessários; além da intervenção precoce de tratamento. Atualmente, foi liberada pelo governo a vacina contra Meningogo C, compreendida até dois anos. Através deste caso mostramos que não devemos ignorar os adolescentes, abrindo assim a discussão da ampliação da cobertura vacinal.

