



**MENINGITE MENINGOCÓCICA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E DA BOA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

**MENINGOCOCCAL MENINGITIS IN PEDIATRIC PATIENTS: THE IMPORTANCE OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND GOOD MULTIPROFESSIONAL CARE**

**MENINGITIS MENINGOCÓCICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y LA BUENA ATENCIÓN MULTIPROFESIONAL**

Josiane da Silva Curintima<sup>1</sup>, Antônia do Socorro Coelho Vinhorte<sup>1</sup>, Arimatéia Portela de Azevedo<sup>2</sup>

e5115894

<https://doi.org/10.47820/recima21.v5i11.5894>

PUBLICADO: 11/2024

**RESUMO**

A meningococcemia é a forma invasiva da infecção por meningococo. Objetivo: Realizar um estudo de caso mostrando a importância do diagnóstico diferencial rápido nos casos de meningite meningocócica em paciente pediátrico. Metodologia: estudo retrospectivo, descritivo de dados secundários existentes no prontuário eletrônico. Estudo de caso: menor 15 anos, masculino, com diagnóstico de meningite bacteriana, queixando febre, lesões equimatosas em membro superior associada a edema, sonolência, náuseas, mialgia e histórico de hematêmese. Paciente havia ingerido bebida alcoólica durante ceia de ano novo, e a mãe pensou ser esse o motivo de tais sintomas. No primeiro atendimento realizado no SPA, ao receber o diagnóstico empírico de meningococcemia, foi logo iniciado tratamento com antibiótico. Não apresentava rigidez meníngea. Se encontrava lúcido e contactante, mas apresentava cianose de extremidades (pés e mãos). Realizada punção lombar onde foi evidenciado líquido cefalorraquidiano- LCR de aspecto turvo esbranquiçado. Evidenciou-se doença meningocócica com resultado de liquor 500 células apresentando *N. Meningitis*. Paciente com episódios de nistagmo (Movimentos involuntários do olho). Após 16 dias internado em UTI pediátrica, segue sem deambular. Estável hemodinamicamente, ar ambiente, eupneico, contactante, colaborativo. Alta para enfermaria para seguimento clínico. Conclusão: faz-se necessário haver profissionais que façam uso de seus conhecimentos aplicando uma abordagem multifocal para se chegar a um diagnóstico diferencial e com isso iniciar um tratamento o mais precoce possível e evitar sequelas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Infectologia. Doenças infecciosas. Cuidados intensivos.

**ABSTRACT**

*Meningococemia is the invasive form of meningococcal infection. Objective: To conduct a case study showing the importance of rapid differential diagnosis in cases of meningococcal meningitis in a pediatric patient. Methodology: retrospective, descriptive study of secondary data from the electronic medical record. Case study: 15-year-old male with a diagnosis of bacterial meningitis, complaining of fever, ecchymatous lesions on the upper limb associated with edema, drowsiness, nausea, myalgia and a history of hematemeses. The patient had consumed alcohol during New Year's Eve dinner, and his mother thought this was the reason for the symptoms. During the first consultation at the SPA, upon receiving the empirical diagnosis of meningococemia, antibiotic treatment was immediately started. He did not present meningeal rigidity. He was lucid and able to make contact but had cyanosis of the extremities (feet and hands). A lumbar puncture was performed, which revealed whitish, cloudy cerebrospinal fluid (CSF). Meningococcal disease was evidenced with a CSF result of 500 cells, presenting *N. Meningitis*. The patient had episodes of nystagmus (involuntary eye movements). After 16 days in the pediatric ICU, he was still unable to walk. Hemodynamically stable, on room air, eupneic, able to contact, and collaborative. The patient was discharged to the ward for clinical follow-up. Conclusion: it is necessary to have professionals who use their knowledge to apply*

<sup>1</sup> Graduanda do curso de enfermagem no Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS.

<sup>2</sup> Enfermeiro Mestre – Assistencial na Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado. Professor do curso de enfermagem na Universidade Nilton Lins.



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

MENINGITE MENINGOCÓCICA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL  
E DA BOA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
Josiane da Silva Curintima, Antônia do Socorro Coelho Vinhorte, Arimatéia Portela de Azevedo

*a multifocal approach to reach a differential diagnosis and thus begin treatment as early as possible and avoid sequelae.*

**KEYWORDS:** *Infectology. Infectious diseases. Intensive care.*

### RESUMEN

*La meningococemia es la forma invasiva de infección por meningococos. Objetivo: Realizar un estudio de caso que muestre la importancia del diagnóstico diferencial rápido en los casos de meningitis meningocócica en pacientes pediátricos. Metodología: estudio descriptivo retrospectivo de datos secundarios existentes en la historia clínica electrónica. Estudio de caso: menor de 15 años, masculino, diagnosticado con meningitis bacteriana, que refiere fiebre, lesiones equimatosas en miembro superior asociadas a edema, somnolencia, náuseas, mialgias y antecedentes de hematemesis. La paciente había bebido alcohol durante la cena de Año Nuevo, la madre pensó que esta era la causa de tales síntomas. En la primera atención brindada en la SPA, al recibir el diagnóstico empírico de meningococemia, se inició inmediatamente tratamiento antibiótico. No hubo rigidez meníngea. Estaba lúcido y activo pero tenía cianosis en sus extremidades (pies y manos). Se realizó una punción lumbar, que reveló líquido cefalorraquídeo - LCR de aspecto turbio y blanquecino. La enfermedad meningocócica se evidenció con un resultado de LCR de 500 células que mostraba N. Meningitis. Paciente con episodios de nistagmo (movimientos oculares involuntarios). Después de 16 días en la UCI pediátrica, todavía no puede caminar. Hemodinámicamente estable, aire ambiente, eupneico, de contacto, colaborativo. Alta a planta para seguimiento clínico. Conclusión: es necesario contar con profesionales que aprovechen sus conocimientos aplicando un enfoque multifocal para llegar a un diagnóstico diferencial y así iniciar el tratamiento lo más precozmente posible y evitar secuelas.*

**PALABRAS CLAVE:** *Enfermedades infecciosas. Enfermedades infecciosas. Cuidados intensivos.*

### 1. INTRODUÇÃO

A meningite meningocócica (infecção das membranas que recobrem o cérebro) certamente está entre as doenças imunopreveníveis mais temidas. Ela é causada pela bactéria *Neisseria meningitidis* são diplococos Gram-negativos (meningococo) e é mais grave quando atinge a corrente sanguínea, provocando meningococemia — infecção generalizada<sup>1</sup>.

Esta bactéria pode causar inflamação nas membranas que revestem o sistema nervoso central (meningite) e infecção generalizada (meningococemia). Existem 13 sorogrupos identificados de *N. meningitidis*, porém os que mais frequentemente causam doença são o A, o B, o C, o Y e o W135<sup>2</sup>.

Estima-se a ocorrência de pelo menos 500 mil casos de doença meningocócica por ano no mundo, com cerca de 50 mil óbitos. É uma doença de evolução rápida e com alta letalidade, que varia de 7 até 70%. Mesmo em países com assistência médica adequada, a meningococemia pode ter uma letalidade de até 40%. Geralmente acomete crianças e adultos jovens, mas em situações epidêmicas, a doença pode atingir pessoas de todas as faixas etárias<sup>3</sup>.

Os sintomas são geralmente graves, incluindo cefaleia, náuseas, vômitos, fotofobia, letargia, exantema, falência de múltiplos órgãos, choque e coagulação intravascular disseminada. A meningite meningocócica, também chamada de doença meningocócica, é uma das formas mais graves da meningite bacteriana e pode levar à morte em menos de 24 horas. É uma doença que tem tropismo



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

MENINGITE MENINGOCÓCICA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL  
E DA BOA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Josiane da Silva Curintima, Antônia do Socorro Coelho Vinhorte, Arimatéia Portela de Azevedo

pelo sistema nervoso, caracterizada por um processo inflamatório que atinge a membrana que envolve o cérebro e a medula espinhal das pessoas. Mais frequentemente é ocasionada por vírus ou bactéria<sup>4</sup>.

A transmissão da doença meningocócica pode ser através de contato pessoa a pessoa, através de secreções respiratórias de pessoas infectadas, mesmo que assintomáticas durante contato próximo ou demorado com o portador, especialmente entre pessoas que vivem na mesma casa. Felizmente, essa bactéria não é tão contagiosa como o vírus da gripe, por exemplo, e não há transmissão por contato casual ou breve, ou simplesmente por respirar o ar onde uma pessoa com a doença tenha estado. Já os ambientes com aglomeração de pessoas oferecem maior risco de transmissão e contribuem para desencadear surtos<sup>5</sup>.

Como medidas de biossegurança o servidor deve sempre realizar a troca dos equipamentos de proteção individual-EPI's exigidos para cada caso e realizar a higienização das mãos entre contatos com pacientes no mesmo quarto, independentemente de um paciente, ou ambos os pacientes, estarem sob Precauções com gotículas<sup>6</sup>.

O período de transmissão ocorre a partir de 7 dias antes das manifestações da doença até 24 horas depois do início do tratamento adequado. Como a doença é transmitida por contato direto, pessoas suspeitas devem ficar em isolamento por gotículas durante todo o período de transmissão<sup>7</sup>.

As infecções das meninges causadas por bactérias são consideradas as mais graves e precisa de mais atenção, neste caso a doença pode deixar sequelas graves e o tratamento acontece em ambientes hospitalares, onde o paciente é isolado e tratado com antibióticos. A contaminação nesse caso acontece quando há contato com as secreções do paciente<sup>8</sup>.

As possíveis sequelas associadas à doença incluem perda de audição, convulsões, cegueira, dificuldade de aprendizagem e no desenvolvimento e déficits neurológicos motores, como diminuição da força. Em casos extremos, a meningite pode levar à morte<sup>9</sup>.

A vacinação é a principal forma de prevenção da doença meningocócica. As vacinas são seguras e eficazes (em média, mais de 95% dos vacinados ficam protegidos), mas hoje se sabe que a proteção gerada pelas vacinas conjugadas (meningocócica C e ACWY) não é para toda a vida. O mesmo acontece com quem teve a doença, ou seja, a quantidade de anticorpos cai ao longo do tempo e o indivíduo deixa de estar protegido, daí a importância das doses de reforço<sup>10</sup>.

Além disso, é importante a aplicação da vacina meningocócica B, igualmente recomendada para crianças a partir de 3 meses e para adolescentes. O esquema varia de acordo com a idade de início da vacinação. Esta vacina pode ser aplicada no mesmo momento em que a vacina meningocócica ACWY<sup>11</sup>.

O ser humano é o único hospedeiro natural e segundo o Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC, na sigla em inglês), cerca de uma em cada dez pessoas



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

MENINGITE MENINGOCÓCICA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL  
E DA BOA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Josiane da Silva Curintima, Antônia do Socorro Coelho Vinhorte, Arimatéia Portela de Azevedo

(dependendo da idade, até mais) é portadora do meningococo no nariz ou na garganta, sem apresentar qualquer sintoma<sup>12</sup>.

Geralmente, após a transmissão, a bactéria permanece na orofaringe do indivíduo receptor por curto período e acaba sendo eliminada pelos próprios mecanismos de defesa do organismo. Desta forma, a condição de portador assintomático tende a ser transitória, embora possa se estender por períodos prolongados de meses a até mais de um ano (MEDEIROS, I *et al.*, 2018).

Certas condições aumentam o risco para a doença meningocócica, tais como a ausência de baço (ou mal funcionamento desse órgão) e determinadas deficiências da imunidade, inclusive causadas por tratamentos imunossupressores. Alguns países, principalmente da África, oferecem alto risco de transmissão do meningococo, sendo importante que viajantes se previnam com vacinas<sup>13</sup>.

Em menos de 1% dos indivíduos infectados, contudo, a bactéria consegue penetrar na mucosa respiratória e atinge a corrente sanguínea levando ao aparecimento da doença meningocócica. A invasão geralmente ocorre nos primeiros cinco dias após o contágio. Os fatores que determinam o aparecimento de doença invasiva ainda não são totalmente esclarecidos<sup>14</sup>.

De todas as doenças infecciosas, a doença meningocócica é uma das que causa maior impacto na população, pelo seu potencial de acometer de forma rápida e fulminante pessoas previamente saudáveis, na sua maioria crianças, e pelo risco de desencadear epidemias<sup>15</sup>.

Algumas medidas, adotadas com alguma frequência por motivos não muito claros, como fechamento de escolas e emergências, desinfecção de ambulâncias, são tecnicamente inadequadas, pois a bactéria não sobrevive no ambiente. Além disto são totalmente ineficazes para evitar ou controlar epidemias de doença meningocócica e, claramente, causam transtornos e prejuízos inclusive ao próprio atendimento médico à população<sup>16</sup>.

Quando se detecta um novo caso (doente), admite-se que entre seus contactantes próximos, possam existir um ou mais portadores assintomáticos e, eventualmente, um outro indivíduo susceptível, que à semelhança do doente já identificado, possa adoecer gravemente (“vítima potencial”). A prevenção imediata da ocorrência de novos casos é feita através do tratamento profilático com antibióticos (quimioprofilaxia) de todos os contactantes próximos do indivíduo doente, visando a eliminação da bactéria da nasofaringe dos portadores<sup>17, 18</sup>.

Não é incomum que todos os conhecidos de um indivíduo com doença meningocócica se julguem contactantes próximos e desejem receber quimioprofilaxia. Porém, a utilização da quimioprofilaxia em massa além de não ter impacto no controle da doença, não é isenta de riscos, pois os antibióticos utilizados para a profilaxia podem, eventualmente, estar associados com efeitos colaterais ou induzir o aparecimento de cepas bacterianas resistentes<sup>19, 20</sup>.

A quimioprofilaxia, quando indicada, deve ser iniciada o mais precocemente possível, de preferência nas primeiras 24 horas, pois, a chance de um indivíduo evoluir com doença invasiva é maior nos primeiros cinco dias após a infecção. A eficácia da quimioprofilaxia, quando feita



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

MENINGITE MENINGOCÓCICA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E DA BOA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
Josiane da Silva Curintima, Antônia do Socorro Coelho Vinhorte, Arimatéia Portela de Azevedo

adequadamente, é de 90 – 95%. Portanto, mesmo os contactantes que receberam a quimioprofilaxia podem vir a adoecer e devem estar alerta para o aparecimento dos primeiros sintomas, pois o retardo no início do tratamento implica em maior letalidade<sup>21</sup>.

Mediante o que referenciado acima, o objetivo geral deste estudo foi realizar um estudo de caso mostrando a importância do diagnóstico diferencial rápido nos casos de meningite meningocócica em paciente pediátrico.

### 2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo de dados secundários existentes no prontuário eletrônico do paciente. Foram úteis para o estudo informações desse único paciente. O estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) conforme a Resolução 466/12 da CONEP sob o CAAE 83491224.8.0000.0005 e Número do Parecer: 7.167.534

O local onde o estudo foi realizado é um hospital universitário, terciário, referência em doenças infectocontagiosas no Amazonas e que tem suas ações voltadas ao diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas e parasitárias, com características endêmicas, emergentes e re emergentes na região.

### 3. ESTUDO DE CASO

Menor N.B.U.L, 15 anos, gênero masculino, deu entrada no pronto atendimento do hospital referência em infectologia do Amazonas, transferida de um Serviço de Pronto Atendimento público com diagnóstico de meningite bacteriana, queixando que a cerca de um dia vem sentindo febre e lesões equimatosas em membro superior, com maior predomínio na mão direita e membros inferiores- MMII associada a edema. Associa ao quadro sonolência, náuseas, mialgia e histórico de hematêmese.

Paciente havia ingerido bebida alcoólica durante ceia de ano novo, sua mãe pensou ser esse o motivo de tais sintomas. No primeiro atendimento realizado no SPA, ao receber o diagnóstico empírico de meningococemia, foi logo iniciado tratamento com antibiótico (Ceftriaxona). Com sonolência, náuseas, mialgia, hematêmese, quando foi encaminhado ao hospital de referência em infectologia. Na admissão, após primeiros atendimentos, foi realizado punção lombar para obtenção de liquor cefalorraquidiano. Foi também realizada uma tomografia e em seguida transferido para UTI ped em ar ambiente, sem sinais de choque, iniciado hidrocortisona (Ceftriaxona, Clindamicina, Meropenen, Pantoprazol, Hidrocortisona, Tramal, Fentanil e Clexane). Iniciado plasma, tempo de protrombina-TAP muito baixo, com formação de êmbolos sépticos em extremidades.

Fez avaliação com avascular que orientou início de clexane (este não foi iniciado antes por causa do TAP muito baixo). Paciente com boa melhora de mão esquerda mas com mumificação de alguns quilodactilos e pododáctilos. Pouca melhora laboratorial. Com melhora das lesões hemorrágicas em pele sem progressão com início de regressão.



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

MENINGITE MENINGOCÓCICA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL  
E DA BOA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
Josiane da Silva Curintima, Antônia do Socorro Coelho Vinhorte, Arimatéia Portela de Azevedo

Iniciou febre, mantendo quadro laboratorial, iniciado meropenem, coletado novas culturas pois continuou mantendo quadro febril. Tomografia Computadorizada-TC e Ressonância Magnética de Crânio-RMC.

Ao exame físico, sem sinais de rigidez meníngea, porém com disseminação cutânea das erupções. No momento se encontrava lúcido e contactuante, mas apresentava cianose de extremidades (pés e mãos). Realizada punção lombar, onde foi evidenciado líquido cefalorraquidiano- LCR de aspecto turvo esbranquiçado. Solicitada hemocultura.

Pescoço: sem presença de linfonodos palpáveis, presença de acesso venoso central em veia jugular interna. Abdome plano flácido, sem presença de viceromegalia, sem presença de lesões. Genitália: Escala de Tanner IV (Pico máximo da velocidade de crescimento no sexo masculino onde há aumento do tamanho do pênis com crescimento em largura e desenvolvimento da glândula; testículos e escroto maiores e pele escrotal mais escura), sem linfonodos inguinais palpáveis com presença de lesão ulcerativa leve, com tamanho aproximado de 1cm e com sinais de melhora localizada em base peniana e escroto.

Exames complementares também foram solicitados (hemograma) onde seus resultados evidenciaram: Hemácias: 3,836 milhões/mm<sup>3</sup>, Hemoglobina: 11,04 g/dl, Hematócrito: 33,25 %, Leucócitos: 21520 /mm<sup>3</sup>, Segmentados: 79,99 % - 17213 /mm<sup>3</sup>, Eosinófilos: 0,5628 % - 121 /mm<sup>3</sup>, Linfócitos: 11,04 % - 2377 /mm<sup>3</sup>, Amilase:54U/L, Creatinina:0,6 mg/dL, Cálcio: 8,8 mg/dL, DHL- Desidrogenase Láctica:536 U/L, TAP - Tempo e Atividade de Protrombina: 16.3 segundos 54% de atividade INR=1.26, Albumina: 3,0 g/dL, Magnésio: 2,1 mmol/L, Uréia: 30mg/dL

Quanto ao histórico progresso, sem histórico de internações anteriores, nega alergias. Nega viagens recentes. Em relação ao histórico social mora com a mãe, padrasto e irmãos. Tem bom convívio social, dorme em quarto dividido, tem contato com cães e gatos, mora em casa de madeira com os pais; não soube relatar doenças comuns na região onde mora; vida sexual ativa. Relata que avó materna realiza hemodiálise. Parto Cesário, de 39 semanas de gestação; ao nascer, Apgar 8/9, peso: 3,535g, comprimento: 50cm. Recebeu diagnóstico de icterícia neonatal, realizou fototerapia por exposição solar domiciliar. Amamentação exclusiva até o 6º mês, com introdução alimentar gradual.

Paciente no leito, deitado, acompanhado, referido queimação e sensibilidades nas extremidades de membros superiores e inferiores. Funções fisiológicas preservadas e aceitando bem a dieta.

A entrevista da assistência social descreveu que o paciente é o filho mais velho de 04 irmãos. Presenciou o assassinato do genitor aos 07 anos, fez terapia, parece tranquilo diante de sua condição de saúde, porém sem clareza sobre os procedimentos que serão direcionados, também desconhecido, mas os orientei a indagar persistentemente da equipe médica para que o necessário seja feito com celeridade, considerando o Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA.



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

MENINGITE MENINGOCÓCICA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL  
E DA BOA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
Josiane da Silva Curintima, Antônia do Socorro Coelho Vinhorte, Arimatéia Portela de Azevedo

**Quadro 01:** perfil social do participante do estudo

Variáveis	Status
Paciente portador de HIV	Não
Etilismo, tabagismo e uso de drogas	Não
Outros familiares com sinais da doença da paciente	Não
Procedência	Bairro periférico da Cidade de Manaus
Reinternação	Não
Orientação sexual	Heterossexual
Acompanhado	Mae
Grupo familiar	6 pessoas
Tipo de família	Nuclear
Renda mensal	Até dois salários-mínimos
Tipo de habitação	Alvenaria
Saneamento básico	Sim
Grau de instrução	Médio incompleto
Como chegou ao hospital	De ambulância

**Fonte:** prontuário eletrônico do paciente

A avaliação da neurologia evidenciou paciente com doença meningocócica, com resultado de líquor 500 células apresentando *N. Meningitis*. Paciente com episódios de nistagmo (Movimentos involuntários do olho), necessitando de avaliação e conduta.

Já a avaliação da fisioterapia descreveu adolescente internado há 16 dias, no momento, internado em enfermaria pediátrica, aguardando procedimento cirúrgico, pela cirurgia/ ortopedia, por sequela da infecção. Segue sem deambular.

Avaliação com o ortopedista que descartou intervenção cirúrgica no momento. Estável hemodinamicamente, ar ambiente, eupneico, contactuante, colaborativo, retendo dieta. Alta para enfermaria para seguimento clínico.

#### 4. DISCUSSÃO

O paciente desse estudo de caso deu entrada queixando-se de febre e lesões equimatosas em membro superior, com maior predomínio na mão direita e membros inferiores- MMII associada a edema. Associa ao quadro sonolência, náuseas, mialgia e histórico de hematemese. Paciente havia ingerido bebida alcoólica durante ceia de ano novo, sua mãe pensou ser esse o motivo de tais sintomas. Estudos enfatizam que para fazer uma boa anamnese, é importante que o profissional de saúde tenha em mente três coisas: escuta ativa, empatia e habilidade de saber quando fazer perguntas abertas e fechadas<sup>22, 23</sup>.

O fato de o paciente ter procurado o serviço de saúde de forma rápida, foi importante para o bom andamento de sua terapêutica. É de suma importância proceder ao diagnóstico e tratamento precoce. Pois pesquisas indicam que o paciente deve procurar o serviço de saúde, logo que apresentar os sintomas, pois no caso das meningites bacterianas, a introdução precoce do antibiótico reduz o risco de morte em 15%<sup>24</sup>.



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

MENINGITE MENINGOCÓCICA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E DA BOA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Josiane da Silva Curintima, Antônia do Socorro Coelho Vinhorte, Arimatéia Portela de Azevedo

Os registros mostram que o paciente estava com sonolência, náuseas, mialgia, hematêmese, e manchas na pele quando foi encaminhado ao hospital de referência em infectologia. Manchas vermelhas ou roxas, pequenas ou grandes, na pele, podem indicar doença mais grave (meningococemia). Mudanças de comportamento como confusão, sonolência e dificuldade para acordar podem, também, ser sintomas importantes<sup>25</sup>.

Na septicemia meningocócica (também conhecida como meningococemia) que é uma infecção na corrente sanguínea causada pela bactéria *Neisseria meningitidis*, além dos sintomas descritos acima, podem aparecer outros como: fadiga, mãos e pés frios, calafrios, dores severas ou dores nos músculos, articulações e peito<sup>26</sup>.

Durante a punção lombar foi evidenciado líquido cefalorraquidiano- LCR de aspecto turvo esbranquiçado. O líquido cefalorraquidiano normal é límpido e incolor;  $\geq 300$  células/microL produzem opacidade ou turbidez. O aspecto do líquido também funciona como um indicativo da doença. Em uma pessoa saudável, o líquido é claro (aspecto “água de rocha”), mas em processos infecciosos tende a ficar turvo ou até purulento<sup>27</sup>.

A análise básica do líquido inclui citologia (contagem e caracterização das células), exame químico (dosagem de proteínas totais, glicose, lactato e outros) e exame microbiológico (pesquisa direta de agentes infecciosos e culturas). Em um LCR de um adulto normal, há uma predominância de linfócitos (60%-70%), seguido de monócitos (30%-50%), e, em menor quantidade, de neutrófilos (1%-3%). Em crianças há uma maior proporção de monócitos, nos quais até 80% podem ser observados em um LCR normal<sup>28</sup>.

O paciente deste estudo de caso apresentava episódios de nistagmo (Movimentos involuntários do olho). Nistagmo são movimentos involuntários e repetitivos dos olhos, resultando, muitas vezes, em redução da acuidade visual, podendo ser mais ou menos fortes ou bruscos, e assumir várias direções: nistagmo vertical, horizontal e rotatório. Muitas vezes há outros sintomas, como: mal-estar, náusea, vômito, fotofobia (aumento da sensibilidade à luz), *status* mental alterado (confusão)<sup>29, 30, 31</sup>.

Para evitar sequelas a melhor forma é a prevenção. A vacina contra meningite é a melhor forma de prevenção da doença. É importante se atentar ao calendário de vacinação disponibilizado pela Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) e manter as vacinas em dia<sup>32, 33</sup>.

### 5. CONCLUSÃO

Sabe-se que a meningite meningocócica, também chamada de doença meningocócica, é uma das formas mais graves da meningite bacteriana e pode levar à morte em menos de 24 horas. Mesmo quando a doença é diagnosticada precocemente e um tratamento adequado é iniciado, entre 5% e 10% dos pacientes não sobrevivem e acabam morrendo, normalmente, 24 ou 48 horas após o surgimento dos primeiros sintomas. Para tratamento das meningites bacterianas, faz-se uso de antibioticoterapia em ambiente hospitalar, com drogas de escolha e dosagens terapêuticas prescritas



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

MENINGITE MENINGOCÓCICA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL  
E DA BOA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Josiane da Silva Curintima, Antônia do Socorro Coelho Vinhorte, Arimatéia Portela de Azevedo

pelos médicos assistentes do caso. Recomenda-se ainda o tratamento de suporte, como reposição de líquidos e cuidadosa assistência. A prevenção ainda é forma mais prudente de lidar com esse agravo. As vacinas estão disponíveis para prevenção das principais causas de meningite bacteriana. Portanto, faz-se necessário haver profissionais que façam uso de seus conhecimentos aplicando uma abordagem multifocal para se chegar a um diagnóstico diferencial e com isso iniciar um tratamento o mais precoce possível e evitar sequelas.

### REFERÊNCIAS

1. Ferro MGC, et al. Análise epidemiológica da meningite meningocócica no Brasil. *Research, Society and Development*. 2023;12(1):e6012139408-e6012139408. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39408>
2. Gonçalves HC, et al. Meningite no Brasil em 2015: o panorama da atualidade. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2018;47(1):34-46. <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/227>
3. Aguiar TS, et al. Perfil epidemiológico da meningite no Brasil, com base nos dados provenientes do DataSUS nos anos de 2020 e 2021, *Research, Society and Development*, 2022;11(3):1–20.
4. Frasson LR, et al. Perfil epidemiológico da meningite bacteriana no estado do Rio Grande do Sul. *Revista Ciência & Humanização do Hospital de Clínicas de Passo Fundo*. 2021;1(2):96-110.
5. Teixeira AB, et al. Meningite bacteriana: uma atualização. *RBAC*. 2018;50(4):327-329.
6. De Andrade, CHS, et al. Análise da incidência de Meningite Meningocócica em todas as faixas etárias antes e após a implantação da vacina meningocócica C (conjugada) no estado do Pará. *Brazilian Journal of Health Review*. 2020;3(4):8650-8662. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/13484>
7. Dias F, et al. Meningite: Aspectos epidemiológicos da doença na região norte do Brasil. *Revista de Patologia do Tocantins*. 2017;2:46-49.
8. Guedes JC, et al. Doença meningocócica: Situação epidemiológica atual no Brasil. *Rev Ped SOPERJ*. 22 fev. 2018;18(2):24-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.31365/issn.2595-1769.v18i2p24-27>
9. Oliveira LH, et al. Impacto e eficácia das vacinas meningocócicas: uma revisão. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018;e158.
10. Silva A, et al. Avaliação dos casos de meningite por definição do agente etiológico no estado do Pará entre os anos de 2010 a 2019. *Braz. J. Hea. Rev., Curitiba*. 2020;4:7729-7736.
11. Da Silva TA, et al. O impacto da cobertura vacinal contra a meningite meningocócica c sobre o número de casos de meningite c no Brasil entre 2008 e 2022. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 2023;27:103101. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867023003616>
12. De Souza JVG, et al. Caso de meningite meningocócica com meningococemia fulminante em jovem de 22 anos no interior de Santa Catarina, Brasil. *Brazilian Journal of Health Review*. 2020;3(4):7414-7420. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/12643>



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

MENINGITE MENINGOCÓCICA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL  
E DA BOA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
Josiane da Silva Curintima, Antônia do Socorro Coelho Vinhorte, Arimatéia Portela de Azevedo

13. Rocha GJN, et al. Análise transversal da infecção meningocócica em crianças e adultos de 1 a 59 anos em Sergipe comparativamente com o Brasil, nos anos de 2008 a 2017. *Braz. J. Hea. Rev.* 2019.2(4):2677-2694.
14. Medeiros I, et al. Meningococemia: rare but life-threatening. *BMJ Case Rep*, 2018.
15. De Souza VA, et al. A importância do diagnóstico clínico rápido de meningite bacteriana no cuidado pediátrico. In: *Anais Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar (ISSN-2527-2500) & Congresso Nacional de Pesquisa Multidisciplinar; 2023.* <https://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/coloquio/article/view/2500>
16. Parreño KSB, et al. Meningitis bacteriana en paciente pediátrico. *RECIMUNDO*. 2021;5(4):45-52. <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1296>
17. Rodríguez-Martínez M, et al. Caso clínico-Manifestaciones extracraneales asociadas a meningitis bacteriana en un hospital pediátrico terciario. *Re-vista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría*. 2020;32(131):1631-1636.
18. Lougon IT, et al. Análise do Perfil Clínico-Epidemiológico-Pediátrico de pacientes com Meningite no Brasil entre 2012 a 2022. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**. 2024;6(1):1786-1793. <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1267>
19. Meyding-Lamadé EU, et al. Meningitis/Meningoenzephalitis –ein Chamäleon in der Medizin. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*. 2020;145(19):1405–1419.
20. Moraes GFQ, et al. Impacto da meningite entre os anos de 2010 e 2020 no Brasil: um estudo documental. *Rev. Ciênc. Méd. Biol. (Impr.)*. 2022;505–513.
21. Tracy A, et al. How to use clinical signs of meningitis. *Archives of disease in childhood. Education and practice edition*. 2019;105(1):edpract-2018-315428.
22. Rota VL, et al. Letalidade, preditores clínicos e laboratoriais para complicações neurológicas agudas em crianças com meningite bacteriana aguda. *Jornal Paranaense de Pediatria*. 2021;22(1):01-07. <https://cdn.publisher.gn1.link/jornaldepediatria.org.br/pdf/aop-42.pdf>
23. Rondon LET, et al. Análise das complicações da meningite bacteriana. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 2024;6(3):2390-2396. <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1750>
24. Contel CM, et al. Meningite bacteriana causada por *Klebsiella pneumoniae* complicada com pivoentrículo: um relato de caso. *Brazilian Journal of Health Review*. 2024;7(1):1197-1206.
25. Da Silva AFT, et al. Estudo epidemiológico sobre meningite bacteriana no Brasil no período entre 2009 a 2018. *Revista de Medicina*. 2021;100(3):220-228.
26. Dias LR, et al. A importância da anamnese na formação do acadêmico de medicina. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 2019;5:e1094-e1094. <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/1094>
27. Venturotti CO, et al. MENINGOCOCCEMIA LEVE SEM ASSOCIAÇÃO COM MENINGITE-UM RELATO DE CASO. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 2023;27:103192. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S141386702300452X>



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

MENINGITE MENINGOCÓCICA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL  
E DA BOA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Josiane da Silva Curintima, Antônia do Socorro Coelho Vinhorte, Arimatéia Portela de Azevedo

28. Zanchetta M, et al. Aspectos etioepidemiológicos da febre maculosa brasileira: Revisão sistemática. Veterinária e Zootecnia. 2022;29:1-20. <https://rvz.emnuvens.com.br/rvz/article/view/652>
29. Da Costa TNM, et al. Uma apresentação incomum de meningite pneumocócica: relato de caso com manifestações cutâneas Petequiais. Periódicos Brasil. Pesquisa Científica. 2024;3(2):1767-1772. <https://periodicosbrasil.emnuvens.com.br/revista/article/view/225>
30. Do Carmo Carvalho L, et al. O perfil clínico do paciente com meningite bacteriana: uma abordagem neurológica. Revista Eletrônica Acervo Médico. 2022;2:e9685-e9685. <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/9685>
31. Batista LF, et al. Meningite bacteriana: uma revisão. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, 2022;26(2). <https://unipar.openjournalsolutions.com.br/index.php/saude/article/view/8140>
32. Loiola NRV, et al. Encefalite como complicação neurológica da dengue grave encephalitis as a neurological complication of severe dengue. Doenças infecciosas e parasitárias no contexto brasileiro. 2023;4 <https://books.google.com.br/books>
33. Silveira LR, et al. Avaliação da incidência da doença meningocócica no município de Campinas-SP, após a introdução da vacina meningocócica c conjugada pelo programa nacional de imunizações, do sistema único de saúde. The Brazilian Journal of Infectious Diseases. 2022;26:102160. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867021006292>