

Empiema Subdural: Relato de Um Caso Raro numa Enfermaria de Medicina

Subdural Empiema: Report of a Rare Case in an Internal Medicine Infirmary

— J. Cascais Costa¹, B. Gomes¹, Leonor¹, A. Silva¹ —

Resumo

As infeções cerebrais e das meninges são raras e geralmente com mau prognóstico. Os autores apresentam o caso clínico de uma doente, autónoma, 63 anos, que iniciou quadro de défices neurológicos progressivos e ascendentes, após uma queda. Após exclusão de patologia infecciosa, foi realizada uma ressonância magnética que mostrou um empiema subdural lombar com compressão das raízes nervosas, posteriormente intervencionado. Foi iniciada a antibioticoterapia e a doente teve alta 1 mês após o início do quadro para uma unidade de reabilitação com recuperação parcial dos défices.

Palavras-chave: empiema subdural; meninges; doenças infecciosas

Abstract

Brain and meninges infections are rare and usually have poor prognosis. The authors present the clinical case of an autonomous patient, 63 years old, who initiated progressive and ascending neurological deficits after a fall. After exclusion of infectious pathology, an MRI was performed, which showed a lumbar subdural empyema with compression of the nerve roots, later intervened. Antibiotherapy was started and the patient was discharged, 1 month after starting the clinical condition, to a rehabilitation unit with partial deficit recovery.

Keywords: subdural empyema; meninges; infectious diseases

INTRODUÇÃO

As infeções cerebrais e das meninges são raras e geralmente com mau prognóstico. Um empiema subdural é uma infeção localizada nas camadas mais externas das meninges. Habitualmente de localização intracraniana, pode também ocorrer ao longo da coluna vertebral⁽¹⁾. As manifestações de uma infeção no sistema nervoso central podem ser meningícas ou encefalíticas. Os agentes etiológicos mais frequentemente identificados são bactérias dos géneros *Staphylococcus* e *Streptococcus*, nomeadamente o *Staphylococcus aureus* e os *Streptococcus aeróbios*⁽¹⁾.

A precocidade diagnóstica é essencial, com impacto significativo na redução da mortalidade e morbilidade⁽³⁾. A análise do líquido cefalorra-

quidiano é a peça-chave de muitos destes diagnósticos⁽¹⁾. As alterações imagiológicas podem ser pouco específicas e nem sempre esclarecedoras, pelo que a ressonância magnética é o método de imagem de eleição pela sua alta especificidade^(1,2,4).

O presente caso serve para alertar os profissionais de saúde da necessidade de reconhecimento precoce em situações de surgimento de sinais meníngeos e défices neurológicos com evolução progressiva, uma vez que é uma situação clínica rara⁽³⁾.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Identificação

Os autores apresentam o caso clínico de uma

doente de sexo feminino, de 63 anos, independente nas atividades de vida diárias (escala de Katz 6), que recorreu ao serviço de urgência por dorsalgia esquerda, após um esforço posicional, sem alívio com a medicação analgésica prescrita (ibuprofeno 600mg 3 vezes/dia e naproxeno 500mg 2 vezes/dia). A doente referia o surgimento de uma dor súbita, sem irradiação para os membros, flancos ou virilha esquerdas e agravada por movimentos da coluna incluindo rotação, flexão e extensão, com fraca resposta à analgesia prescrita e sem posição de alívio. Foi avaliada pela Ortopedia que verificou a existência de uma cifose e escoliose dorso-lombar de convexidade direita, confirmadas radiologicamente, sendo medicada com anti-inflamatórios. Contudo, a doente acabaria por ficar em observação por ausência de melhoria

1 - Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

das queixas álgicas. Dois dias após o início do quadro, apresentou náuseas e vômitos. A doente negava queixas urinárias, astenia, anorexia, perda de peso ou outra sintomatologia.

Antecedentes

Como antecedentes patológicos a doente tinha uma discartrose e osteofitose da coluna, obesidade (IMC = 30 Kg/m²), dislipidemia, insuficiência venosa crônica, síndrome depressivo reativo à morte do marido e uma alopecia de etiologia desconhecida que motivou a ocorrência de transplante capilar. A doente residia em ambiente rural, não mantendo contacto com animais de quinta. Ocupava-se como doméstica, sem nenhum antecedente pessoal familiar de relevo. Estava medicada com lorazepam 2,5 mg (1 comprimido/dia), sinvastatina 20 mg (1 comprimido/dia), bioflavonóides 500 mg (2 comprimidos/dia) e escitalopram 15 mg (1 comprimido/dia). Negava a existência de alergias medicamentosas conhecidas.

No Serviço de Urgência

Na admissão, verificou-se estabilidade hemodinâmica com tensões arteriais de 143/79 mmHg (com tensão arterial média de 100 mmHg), taquicardia atribuída à dor 115 bpm, com saturações periféricas de oxigénio superiores a 96% e apirexia. A doente apresentava bom estado geral, sem alterações à auscultação cardíaca nem pulmonar. Mantinha-se imóvel por dor lombar com agravamento à palpação local e Murphy renal negativo bilateralmente. À palpação da coluna lombar referia dor intensa. O abdómen era globoso, mas indolor à palpação e não apresentava alterações significativas dos membros inferiores. Analiticamente foi verificada leucocitose de $10,5 \times 10^3/\mu\text{L}$, lesão renal aguda com creatinina de 64,53 $\mu\text{mol/L}$, elevação discreta das provas de função hepática (atribuídas à toma de anti-inflamatórios e medicação analgésica) e proteína C reativa de 27,86 mg/dL. A ecografia renal mostrava pequenos focos litiascos. A sumária de urina tipo II mostrou leucocitúria e proteinúria, sem mais alterações. Apesar da apirexia (que se assumiu relacionada com a toma de analgésicos que poderiam mas-

carar a presença de febre) e na suspeita de pielonefrite aguda não complicada mas com parâmetros inflamatórios elevados, foram levadas a cabo duas hemoculturas e uma urocultura e iniciado, empiricamente, amoxicilina-ácido clavulânico 1200mg de 8-8 horas.

No Internamento

Por ausência de alívio das queixas, a doente foi internada para esclarecimento do quadro. No dia do internamento teve um episódio de queda sobre a articulação coxo femoral direita, e que atribuiu a um défice de força muscular transitório no membro inferior direito. Mencionou também o surgimento de parestesias e de défice de força muscular de extensão ascendente partindo do pé direito. Ao exame objetivo não apresentava hematomas ou escoriações locais, mas apresentava o membro inferior direito flácido, com pé em hiperextensão. Mantinha capacidade de mobilização passiva, mas sem mobilização ativa. Cerca de 30 minutos depois iniciou quadro de parestesias do membro inferior esquerdo, com flacidez e pé também em hiperextensão. Ao exame neurológico, destacava-se ainda a intermitência das queixas e uma franca hiperreflexia bilateral. Os reflexos cutâneo-plantares eram duvidosos bilateralmente. Por suspeita de choque medular foi pedida tomografia computadorizada da coluna lombar urgente que identificou alterações degenerativas disvertebrais e interapofisárias com predomínio em L4-L5 e L5-S1, insuficientes para condicionar clínica neurológica aguda, e foi ainda descrito um canal vertebral dorsal e lombar permeável uma sacroileíte direita. Por manutenção e agravamento sucessivo das queixas, cada vez mais exuberantes e ascendentes, foi encaminhada para observação urgente por neurologia e, na suspeita de infecção viral, foi internada na Infeciologia com apoio da Neurologia. Foi feito estudo analítico para exclusão de tuberculose, leptospira, ente-

rovírus, coxsackievírus, adenovírus e parvovírus, sendo todos estes estudos negativos ou não sugestivos de infecção aguda. Houve agravamento sucessivo da leucocitose tendo tido valor máximo de $13,4 \times 10^3/\mu\text{L}$ e de proteína C reativa 40,6 mg/dL. Apresentava uma velocidade de sedimentação máxima de 101 mm/h, com ferritina de 1289 ng/mL, e auto-anticorpos (anti-nucleares, anti-citoplasmáticos, anti-ds-DNA, anti-SSA60, SSB, Sm, RNP, Scl70, JO1, anti-cANCA, xANCA e pANA, anti-mitochondriais, anti-LKM normais, anti-cardiolipinas, anti-B2GPI, anti-CCP e factor reumatoide). A imunofixação de crioprecipitado plasmático e urinário foi negativa para a presença de componentes monoclonais, as serologias para HVB, HVC e HIV foram negativas. As hemoculturas, colhidas no serviço de urgência, foram, entretanto, positivas para *Staphylococcus aureus* multissensível. A ressonância magnética realizada de forma urgente mostrou um empiema subdural lombar com compressão das raízes nervosas (Figura 1) e confirmado no exame do líquido a presença de células mononucleares abundantes apesar da ausência de crescimento bacteriano. Foi então avaliada pela Neurocirurgia que optou pela realização de laminectomia dorsal D4-D8 e remoção da lesão epidural que se encontrava solidificada e aderente à duramáter) e cobertura com antibioterapia de largo espectro com ceftriaxone 2g e flucloxacilina 500mg (40 dias). A cultura do exsudato drenado foi negativa para agentes microbiológicos (quando colhida a doente já estava sob antibioterapia com doxicilina 500mg (cumpriu 21 dias) e devido à natureza do material (sólido) não foi feito envio da amostra ao serviço de anatomia patológica.



FIGURA 1 - Imagens da doente em estudo. A) Corte vertical de imagem de ressonância magnética. B) Corte transversal de imagem de tomografia computadorizada.

A Data de Alta

Teve alta cerca de 1 mês após o quadro inicial para uma unidade de cuidados continuados para reabilitação funcional, tendo saído do hospital com uma avaliação de Katz de 3 (dependência parcial), tendo como sequelas (mantidas até ao momento e apesar da reabilitação) paraparésia incompleta secundária, algaliação crónica por bexiga neurogénica e obstipação crónica. A doente manteve seguimento em consultas de Neurocirurgia e persistindo as queixas sequelares. Não foi efetuada nova biópsia para caracterização da massa paravertebral por ter havido resolução imagiológica em ressonâncias magnéticas lombares seriadas e não existirem lesões líticas. A doente teve indicação para realização de programas de reabilitação, analgesia e uso permanente de dorso-lombostato.

DISCUSSÃO

Os empiemas e abscessos paravertebrais estão muitas vezes associados a doentes imunodeprimidos⁽⁴⁾. A via arterial (hematogénica) é o método mais comum de contaminação do sis-

tema nervoso central quer para bactérias, vírus, parasitas ou fungos⁽⁴⁾. Apesar de menos comum, a contaminação direta por traumatismo craniano ou vertebral também pode causar infeção do sistema nervoso central e não pode ser descartado em alguns doentes⁽⁴⁾, como no caso da doente apresentada com história de traumatismo prévio. Em cerca de 20% dos doentes, a causa da infeção permanece desconhecida. O tratamento antibiótico de largo espectro pode ser usado para tratamento, mas geralmente é necessária a drenagem cirúrgica do mesmo⁽³⁾, como sucedeu no caso clínico descrito em que foi necessária a intervenção da neurocirurgia para a resolução do caso. A literatura descreve a regressão da maioria dos sinais neurológicos, persistindo no entanto, em alguns doentes, algumas queixas por aderências e espessamentos da aracnoide causados pelo empiema, sendo frequente a necessidade de reabilitação por parte dos doentes após a alta⁽³⁾. ▲

Agradecimentos

Jorge Fortuna¹, Adriano Rodrigues¹

¹Serviço de Medicina Interna B, Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Sem conflito de interesses a declarar.

Correspondência:

Joana Cascais Costa

Serviço de Medicina Interna B

Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Quinta dos Vales

3041-801 S. Martinho do Bispo, Coimbra

Tel: 914890130

E-mail: joanacascaiscosta@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Sarrazin JL, Bonneville F, Martin-Blondel G. Brain infections. *Diagn Interv Imaging*. 2012 Jun; 93(6):473-90.
2. David Beckham JD, Tyler KL. Neuro-Intensive Care of Patients with Acute CNS Infections. *Neurotherapeutics*. 2012; 9: 124-138.
3. de Magalhães GC, da Rocha JR, Souza LA, Salomão JF, Jevoux C, Carneiro W. [Spinal subdural empyema. A case report]. *Arq Neuropsiquiatr*. 1995 Mar;53(1): 126-30.
4. Lim HY, Choi HJ, Kim S, Kuh SU. Chronic spinal subdural abscess mimicking an intradural-extramedullary tumor. *Eur Spine J*. 2013 May; 22 Suppl 3: S497-500.