



41º CONGRESSO
BRASILEIRO DE
Pediatria
Florianópolis-SC

22 A 26
DE OUTUBRO
DE 2024
FLORIANÓPOLIS - SC



Trabalhos Científicos

Título: Meningoencefalite Bacteriana Em Lactente: Relato De Caso De Complicação Neurológica Por Haemophilus Influenzae

Autores: ANA PAULA DOMINGUES CAMPOS (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), GABRIELA WEBER MACHADO (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), LETÍCIA DE FARIA BANDEIRA (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), HAFIZA MAKKI (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), BEATRIZ FERREIRA NUNES (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), JULIA FRITSCH DA SILVA (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), MANOELA ULRICH FINKLER (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), HELENA VALLE PEZZINI (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), GIOVANNA BERTOTTI (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), ANA CLARA MERKLE FUCK (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), BRUNA APARECIDA DOS SANTOS BURATO (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), CAROLINA DRESCH DOCIATTI (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO)

Resumo: As meningoencefalites bacterianas (ME) são causadas, principalmente, pelo *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria Meningitis* e *Haemophilus influenza* (HI). O objetivo é relatar o caso de paciente com diagnóstico de ME por HI não tipável com complicação neurológica. Feminina, 8 meses, hígida, vacinas atualizadas. Há 2 dias com otalgia bilateral e febre 39°C. Inicia tratamento com Amoxicilina 50mg/kg/dia para otite média aguda. Ao terceiro dia de antibiótico, febril, com irritabilidade e vômitos, retornando para o atendimento. Hemodinamicamente estável, glasgow 14, rigidez nuchal e sinal de Brudzinski presente, sem alterações cutâneas. Leucocitose e desvio à esquerda, provas inflamatórias elevadas. No líquido, havia leucocitose, hipoglicorraquia e hiperproteínorraquia. Iniciou-se Ceftriaxona 100mg/kg/dia. A bacterioscopia e a cultura foram negativas. Ao quarto dia de internação, a reação em cadeia de polimerase (PCR) líquorico resulta positivo para HI, foi associado Meropenem 40mg/kg/dose 8/8h e Dexametasona 0,6mg/kg/dia. Evoluiu com crises convulsivas focais em membro inferior direito e paralisia de Todd ipsilateral, sendo iniciado fenitoína 15mg/kg ataque e 5mg/kg de manutenção e associado Fenobarbital 5mg/kg. A tomografia de crânio não teve alterações. Evoluiu com melhora clínica, sem novas crises e remissão parcial da hemiparesia. Após 21 dias de antibioticoterapia, líquido de controle normalizado, recebeu alta com Fenobarbital. O HI é um cocobacilo gram negativo colonizador das vias aéreas superiores (VAS), causador de infecções locais (otites e sinusites) e acometimento invasivo (bacteremia, pneumonia e meningite). Houve declínio nos casos após introdução vacinal contra o sorotipo B. Contudo, cepas não tipáveis associam-se a doenças invasivas nos lactentes. São fatores de risco (FR) as imunodeficiências, infecções de VAS, alterações anatômicas, vacinação incompleta. Nos lactentes, clinicamente, há febre, recusa alimentar, irritabilidade, vômitos, abaulamento fontanelar, convulsões, rebaixamento do nível de consciência e evolução para choque séptico. No caso descrito, a paciente estava em vigência de otite, bem como apresentava clínica característica. O diagnóstico é feito pela análise quimiocitológica, microbiológica e PCR no líquido. O tratamento envolve suporte hemodinâmico e início imediato de antibiótico empírico, com cefalosporina de terceira geração. Nos casos de HI, associam-se os carbapenêmicos. A dexametasona é adjuvante na prevenção da perda auditiva, essencialmente nos casos por HI. A escolha pelo Meropenem foi guiada pelo PCR positivo, bem como a associação com Dexametasona. As complicações envolvem déficits neurológicos focais, hidrocefalia e, a longo prazo, deficiência visual, auditiva e distúrbios comportamentais. A rápida deterioração clínica reforça a necessidade do diagnóstico e tratamento precoce. Ademais, o HI não tipável reforça a importância da pesquisa de imunodeficiências primárias na faixa etária pediátrica.