

## Meningites bacterianas na Sala de Urgência

### Autores e Afiliação:

Olga Laura Sena Almeida. Ex-médica residente de Clínica Médica do Departamento de Clínica Médica da FMRP - USP; Luiz Sérgio D'Oliveira Rocha. Médico Assistente da Comissão de Uso e Controle de Antimicrobianos da Unidade de Emergência do HCFMRP - USP.

### Área:

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica.

**Data da última alteração:** Sexta-feira, 27 de janeiro de 2017

**Data de validade da versão:** Domingo, 27 de janeiro de 2019

### Definição / Quadro Clínico:

Definição:

Meningite bacteriana é uma inflamação aguda das leptomeninges e do espaço subaracnóide que ocorre por disseminação hematogênica, contiguidade ou trauma local. Etiologia: Os principais agentes etiológicos são *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus* do grupo B. Outros agentes menos comuns são *Listeria monocytogenes*, estafilococos, bacilos gram negativos e anaeróbios.

### Quadro clínico

Os sintomas clássicos são febre, cefaléia, alteração do estado mental e rigidez de nuca. Podem ocorrer ainda náuseas, vômitos e déficits focais como convulsões, afasia, alterações visuais e hemiparesia. Púrpura e petéquias podem ocorrer, principalmente na meningococemia associada. Sinal de Brudzinski e Kernig podem estar presentes ao exame físico.

### Diagnóstico:

Diagnósticos diferenciais:

Atentar para líquido com predomínio linfocitário ou baixa celularidade, que podem sugerir outros diagnósticos, como meningites virais, meningite tuberculosa, meningites fúngicas, neoplasias, neurosífilis e lesões no SNC como abscessos e neurotoxoplasmose.

Complicações:

Edema cerebral, herniação cerebral, hidrocefalia, abscesso, hemorragia intracerebral e complicações cerebrovasculares venosas e arteriais. Perda auditiva também pode ocorrer tardiamente como a principal sequela. As complicações sistêmicas mais comuns são choque séptico, SARA, CIVD e hiponatremia.

### Exames Complementares:

A punção liquórica é o exame padrão-ouro para o diagnóstico. Gram e cultura do líquido devem ser realizados. Hemoculturas, hemograma e PCR sérica também podem ser úteis.

Indicações de realizar CT de crânio antes da punção liquórica:

- Idade >60 anos;
- Pacientes imunocomprometidos;
- Doença do sistema nervoso central;
- Crises convulsivas na última semana;
- Alteração do nível de consciência;
- Presença de déficits focais como: hemiparesia, afasia, paralisia facial, alterações no campo visual, olhar fixo;
- Papiledema.

Alterações liquóricas sugestivas de meningite bacteriana:

- Pressão de abertura aumentada
- Celularidade aumentada (100 a 10.000 células/mm<sup>3</sup>)
- Predomínio de polimorfonucleares
- Proteinorraquia > 50mg/dL
- Glicose menor que 60% a do valor sérico

### Tratamento:

- Tratamento empírico da meningite comunitária em pacientes sem história de trauma:
- Tratamento empírico da meningite comunitária em pacientes sem história de trauma:
  - 1ª escolha: Ceftriaxone 2g EV de 12/12h;
  - 2ª escolha: Ampicilina 2g EV de 4/4h + Ceftriaxone 2g EV de 12/12h.

Para pacientes com > 60 anos, imunossuprimidos ou com neoplasias e com predomínio linfocitário no líquido, cogitar a possibilidade de *Listeria* e associar Ampicilina 2g EV de 4/4h.

Em adultos com meningite piogênica e com grave hipertensão intracraniana, petéquias e outros sinais de vasculite ou choque cardiovascular, associar dexametasona 4mg de 6/6h. Avaliar a suspensão desta medicação após 4 dias. Iniciar a dexametasona juntamente com a primeira dose do antibiótico.

- Meningite pós trauma: Oxacilina 2g EV de 4/4h + Ceftriaxone 2g EV de 12/12h. Acrescentar metronidazol 500mg de 8/8h caso tenha fratura exposta de crânio com terra ou água suja no ferimento.

- Meningites hospitalares ou após procedimentos cirúrgicos: Vancomicina 30 a 60mg/Kg/dia divididos em 2 a 3 doses diárias + Meropenem 2g EV de 8/8h ou Cefepime 2g EV de 8/8h.

### Referências Bibliográficas:

1. Lin AL, Safdieh JE. The evaluation and management of bacterial meningitis: current practice and emerging developments. *Neurologist*. 2010 May;16(3):143-51.
2. Tunkel AR1, Hartman BJ, Kaplan SL, Kaufman BA, Roos KL, Scheld WM, Whitley RJ. Practice guidelines for the management of bacterial meningitis. *Clin Infect Dis*. 2004 Nov 1;39(9):1267-84. Epub 2004 Oct 6.
3. Manual de antimicrobianos da Comissão de Uso e Controle de Antimicrobianos do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.