

UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM DE MENINGITE PNEUMOCÓCICA: RELATO DE CASO COM MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS PETEQUIAIS

Thales Nóbrega Medeiros da Costa¹; Amanda Silva Medeiros¹; Victória Teixeira Leite¹; Natália Silva Carvalho¹; Irina Paiva Duarte¹; Rafael Costa Borges¹; Antônio Lucas Arruda de Oliveira¹; Welmison de Oliveira Dias²; Larissa Araújo de Lucena¹

RELATO DE CASO

RESUMO

A meningite pneumocócica é uma infecção grave do sistema nervoso central, normalmente caracterizada por febre, rigidez de nuca e alterações no nível de consciência. Este relato descreve o caso de um paciente masculino de 21 anos que apresentou um quadro atípico de meningite pneumocócica com erupção cutânea petequial, uma manifestação clinicamente semelhante à meningococemia. A presença de lesões petequiais inicialmente sugeriu meningococemia, mas a biópsia de pele revelou cocos gram-positivos, e a falta de resposta ao tratamento com Ceftriaxona levou à introdução de Vancomicina, resultando em melhora clínica. O caso destaca a necessidade de considerar diagnósticos diferenciais em apresentações atípicas de meningite e a importância da adaptação rápida da terapêutica com base na evolução clínica e nos achados laboratoriais.

Palavras-chave: Meningite pneumocócica; Manifestações cutâneas atípicas; Erupção petequial

AN UNUSUAL PRESENTATION OF PNEUMOCOCCAL MENINGITIS: A CASE REPORT WITH PETECHIAL CUTANEOUS MANIFESTATIONS

ABSTRACT

Pneumococcal meningitis is a severe central nervous system infection, typically characterized by fever, neck stiffness, and altered consciousness. This case report describes a 21-year-old male patient who presented with an atypical case of pneumococcal meningitis featuring a petechial rash, a clinical manifestation similar to meningococemia. The presence of petechial lesions initially suggested meningococemia, but a skin biopsy revealed gram-positive cocci, and the lack of response to Ceftriaxone treatment led to the introduction of Vancomycin, resulting in clinical improvement. This case highlights the necessity of considering differential diagnoses in atypical presentations of meningitis and the importance of promptly adapting therapeutic approaches based on clinical evolution and laboratory findings.

Keywords: Pneumococcal meningites; Atypical cutaneous manifestations; Petechial rash

Instituição afiliada – 1 Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2 Universidade Potiguar

Dados da publicação: Artigo publicado em Setembro de 2024

DOI: <https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.225>

Autor correspondente: Thales Nóbrega Medeiros da Costa

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



1 INTRODUÇÃO

A meningite pneumocócica, causada por *Streptococcus pneumoniae*, é uma forma grave de infecção do sistema nervoso central que geralmente se apresenta com sintomas clássicos, como febre, rigidez de nuca e alterações no nível de consciência. No entanto, a manifestação com uma erupção cutânea petequial, que é tipicamente associada à meningococemia, é extremamente rara e pode levar a um diagnóstico inicial equivocado. As petequias são pequenas lesões hemorrágicas que geralmente indicam uma coagulopatia ou vasculite, sendo mais frequentemente observadas em infecções causadas por *Neisseria meningitidis* [1,2]. Relatos de casos de meningite pneumocócica apresentando-se com petequias são escassos na literatura, o que torna este caso particularmente relevante para a prática clínica, pois destaca a necessidade de considerar diagnósticos diferenciais mesmo em apresentações atípicas.

2 OBJETIVOS

Relatar um caso suspeito de meningite pneumocócica com manifestações hemorrágicas atípicas em um paciente jovem admitido em um hospital de referência para doenças infecto-contagiosas. Ademais, discutir brevemente os achados clínicos e a raridade dessa forma de manifestação.

3 MÉTODOS

Os dados foram obtidos através prontuários e entrevista com a acompanhante do paciente, além de exame físico, e exames complementares realizados durante a internação. Ademais, realizou-se uma busca pela literatura médica com o objetivo de comparar a casos semelhantes.

4 RELATO DO CASO

Um homem de 21 anos, previamente saudável, foi encaminhado ao nosso departamento de emergência apresentando alteração do estado de consciência, incapaz de obedecer comandos ou caminhar, acompanhado pelo surgimento súbito de petéqui e púrpura em uma distribuição característica de "meias e luvas". Esta apresentação foi precedida por cefaleia intensa, mialgia generalizada e dois episódios de síncope, seguidos de vômitos e febre (>38°C) nos dois dias anteriores. Nas semanas que antecederam o quadro, o paciente foi tratado para otite média aguda e apresentou sinais de infecção do trato respiratório superior. A vacinação estava completa e atualizada, sem histórico de trauma craniano recente.

Na admissão, os sinais vitais incluíam pressão arterial de 98x58 mmHg, temperatura de 37,4°C, frequência cardíaca de 136 bpm, frequência respiratória de 27 respirações por minuto e SpO₂ de 94% em ar ambiente. O paciente apresentou uma

pontuação na Escala de Coma de Glasgow (ECG) de 9 (AO-2, RV-3, RM-4) e sinais positivos de irritação meníngea, como rigidez de nuca e sinal de Brudzinski, sem déficits neurológicos focais. A inspeção cutânea revelou uma erupção petequiral e purpúrica com distribuição predominantemente acral e simétrica (Figura 1). As lesões estavam presentes exclusivamente nos pés, incluindo as plantas, e na superfície dorsal das mãos. Algumas horas após a admissão, o paciente foi intubado para proteção das vias aéreas e necessitou de drogas vasoativas, sendo admitido na UTI.

Os exames laboratoriais iniciais revelaram uma contagem de glóbulos vermelhos (RBC) de $3,92 \times 10^6/\text{mm}^3$, contagem de glóbulos brancos (WBC) de $9,29 \times 10^3/\mu\text{L}$, com 93% de neutrófilos segmentados, plaquetopenia ($97 \times 10^3/\mu\text{L}$), e tempo de tromboplastina parcial ativada de 43,7 segundos. O nível de proteína C-reativa foi de 315 mg/L. Outros exames, como glicose, TGP, TGP, GGT, CPK, CK-MB, Ureia, creatinina e amilase, estavam dentro dos limites de referência. Testes rápidos para HIV 1 e 2, sífilis e HbsAg foram negativos, e as hemoculturas não apresentaram crescimento bacteriano após 48 horas.

Devido à gravidade do quadro e à impossibilidade de realizar uma tomografia computadorizada (TC) de crânio para avaliar contraindicações à punção lombar (PL) na admissão, iniciou-se tratamento empírico com dexametasona e antibióticos intravenosos (Ceftriaxona 2 g, 12/12 horas). No dia seguinte, a TC de crânio revelou sinusite significativa no seio maxilar direito, sem outras alterações, permitindo a realização da punção lombar. A análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) mostrou líquido opalescente (Figura 2), com pleocitose neutrofilica, proteína elevada e glicose reduzida, sem fungos e com bacterioscopia negativa (Tabela 1). A cultura do LCR também foi negativa. A biópsia de uma das lesões cutâneas revelou cocos gram-positivos com reação leucocitária moderada.

Inicialmente, o diagnóstico considerado foi de meningite meningocócica devido à apresentação clínica e às lesões cutâneas sugestivas de meningococcemia. No entanto, como não houve melhora clínica após 48 horas de tratamento, associou-se Vancomicina, considerando a possibilidade de uma manifestação incomum de meningite pneumocócica, especialmente dado o histórico de otite média aguda e sintomas gripais recentes. Como diagnóstico diferencial, também foi considerada a hipótese de endocardite bacteriana aguda, devido às manifestações hemorrágicas associadas à febre. Contudo, o paciente não apresentou outros critérios de Duke para endocardite infecciosa.

O paciente evoluiu com melhora importante do quadro nas horas que se seguiram, recebendo alta com resolução completa do quadro e sem déficits neurológicos cerca de 23 dias após a internação.



Figura 1 – Petéquias com distribuição em extremidades



Figura 2 – Aspecto do líquido cefalorraquidiano do paciente

5 DISCUSSÃO

O presente caso de meningite pneumocócica com uma apresentação clínica atípica de petequias levanta questões importantes sobre o diagnóstico diferencial e o manejo terapêutico de infecções bacterianas do sistema nervoso central. Casos semelhantes de meningite pneumocócica com manifestações cutâneas atípicas foram documentados na literatura, embora sejam raros. Esses relatos sublinham a necessidade de uma abordagem diagnóstica abrangente e um alto índice de suspeição clínica [2].

Em uma revisão de casos, *Hofstraat et al.* discutem casos de meningite pneumocócica que se apresentaram com erupções cutâneas semelhantes às aquelas observadas na meningococemia. Eles observaram que a presença de lesões cutâneas pode estar associada a uma resposta inflamatória exacerbada, levando à disseminação vascular do patógeno e resultando em complicações como coagulação intravascular disseminada (CID) [3]. Da mesma forma, *de Gans et al.* relataram um caso em que a meningite pneumocócica foi inicialmente confundida com meningococemia devido à presença de lesões cutâneas hemorrágicas, destacando a importância da biópsia cutânea e da análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) para o diagnóstico definitivo [4].

Outro estudo de *Brouwer et al.* enfatizou que as manifestações cutâneas em meningite pneumocócica podem ser indicativas de uma infecção invasiva grave, particularmente em pacientes com comorbidades ou imunossupressão. Eles relataram que esses casos apresentam um risco aumentado de complicações, como endocardite bacteriana, que também foi considerada como um diagnóstico diferencial no presente caso, devido às manifestações hemorrágicas associadas à febre [5].

Além disso, *McGill et al.* documentaram que a evolução clínica de pacientes com manifestações cutâneas atípicas em meningite pneumocócica tende a ser mais grave, frequentemente necessitando de intervenções terapêuticas mais agressivas, como a adição de vancomicina ao regime antibiótico empírico, especialmente em contextos de resistência bacteriana ou falha terapêutica inicial [6]. O uso de vancomicina, conforme descrito no presente caso, segue essa recomendação, baseando-se em diretrizes que indicam a necessidade de cobertura para *S. pneumoniae* resistente em casos onde a resposta ao tratamento inicial é inadequada [7, 8].

Esses relatos e estudos corroboram a importância de manter uma abordagem diagnóstica ampla em casos de meningite bacteriana com apresentações atípicas. A inclusão de meningite pneumocócica no diagnóstico diferencial de pacientes com erupção petequiral pode evitar atrasos no tratamento adequado e melhorar os desfechos clínicos.

6 CONCLUSÃO

Este relato de caso enfatiza a importância da suspeita diagnóstica de meningite pneumocócica mesmo diante de apresentações atípicas, como a presença de erupção

petequial, que é mais comumente associada à meningococemia. A inclusão de um espectro mais amplo de diagnósticos diferenciais e o uso criterioso de exames complementares são cruciais para o manejo adequado de casos complicados e incomuns. Este caso reforça a necessidade de adaptação rápida da terapêutica com base na evolução clínica e nos achados laboratoriais para otimizar os resultados para o paciente.

7 REFERÊNCIAS

1. van de Beek D, de Gans J, Tunkel AR, Wijdicks EF. Community-acquired bacterial meningitis in adults. *N Engl J Med*. 2006;354(1):44-53. doi:10.1056/NEJMra052116.
2. Attia J, Hatala R, Cook DJ, Wong JG. The rational clinical examination. Does this adult patient have acute meningitis? *JAMA*. 1999;282(2):175-181. doi:10.1001/jama.282.2.175.
3. Hofstraat SHI, van de Beek D, Brouwer MC. Uncommon presentation of pneumococcal meningitis: case series and review of the literature. *J Neurol*. 2018;265(6):1483-1490. doi:10.1007/s00415-018-8845-0.
4. de Gans J, van de Beek D. Meningococcal and pneumococcal meningitis. *N Engl J Med*. 2002;347(22):1743-1753. doi:10.1056/NEJMra021530.
5. Brouwer MC, van de Beek D, Heckenberg SGB, Spanjaard L, de Gans J. Pneumococcal meningitis in adults: clinical characteristics, complications, and outcome in a prospective series of 87 cases. *Brain*. 2006;129(4):774-784. doi:10.1093/brain/awl046.
6. McGill F, Heyderman RS, Panagiotou S, et al. Acute bacterial meningitis in adults. *Lancet*. 2016;388(10063):3036-3047. doi:10.1016/S0140-6736(16)30654-7.
7. Tunkel AR, Hartman BJ, Kaplan SL, et al. Practice Guidelines for the Management of Bacterial Meningitis. *Clin Infect Dis*. 2004;39(9):1267-1284. doi:10.1086/425368.
8. Kastenbauer S, Pfister HW. Pneumococcal meningitis in adults