



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Diretrizes Assistenciais

Meningites Linfocitárias e Meningoencefalite Herpética

Versão eletrônica atualizada em
Novembro - 2008

MENINGITES LINFOCITÁRIAS E MENINGOENCEFALITE HERPÉTICA

Introdução

- As meningites linfocitárias podem ter várias etiologias, sendo as infecções virais as mais comuns. Meningites linfomonocitárias por agentes oportunistas, como *Cryptococcus* spp., *Mycobacterium* spp. e outros são comuns em hospedeiros imunocomprometidos. Nesse capítulo, serão abordadas apenas as meningites virais em hospedeiros imunocompetentes.
- As meningites linfomonocitárias virais têm como etiologia principal os enterovírus, responsáveis por 80% a 85% dos casos. Entre os enterovírus, predominam os do gênero Coxsackie e Echo. Ocorrem predominantemente em adultos jovens e crianças.
- Outros vírus podem estar associados à meningite linfomonocitária como, por exemplo, o vírus da caxumba (*Paramyxoviridae*). Em adultos, mas com uma epidemiologia peculiar, ocorrendo em regiões determinadas e muitas vezes na forma de surtos epidêmicos, são as arboviroses (*Saint Louis encephalitis*, vírus La Crosse, Jamestown Canyon e outros).
- De maior importância pela gravidade clínica e possibilidade de intervenção terapêutica são as meningites e meningoencefalites por herpes simples I e II, embora sejam responsáveis por apenas 0,5% a 3% de todas as meningites linfomonocitárias.

Quadro clínico

- A história clínica das meningites linfomonocitárias mostra em geral um quadro de cefaléia de início súbito, febre e prostração. Clinicamente, muitas vezes o quadro é indistinguível de uma meningite bacteriana, embora a evolução e a intensidade dos sintomas costumem ser mais benignos nas meningites linfomonocitárias.
- Nas enteroviroses, faz parte da anamnese e do exame físico a procura de outros sinais associados às infecções por Echovírus e Coxsackievírus, como *rash* cutâneo, vesículas em cavidade oral, sinais e sintomas de miopericardite, além de dores musculares e artralgias. Na grande maioria das vezes, a evolução é satisfatória, com melhora dos sintomas em poucos dias. As arboviroses têm epidemiologia particular e estão relacionadas à exposição a um vetor específico.
- Herpes simples I e II estão associados a um quadro de meningite isoladamente ou a meningoencefalite. Os quadros de meningite ocorrem com frequência em associação com infecção primária por herpes simples II, ocorrendo apenas esporadicamente com reativação tanto de herpes simples I e II. Em ambas as situações, a evolução é favorável e muitas vezes autolimitada.
- Diferentemente, os quadros de meningoencefalite herpética são, em geral, mais graves, com má evolução se não houver pronta instituição do tratamento.

- O que diferencia a meningoencefalite herpética das demais meningites virais é a exuberância da sintomatologia e o freqüente comprometimento do nível de consciência. Muitas vezes há sintomas relacionados ao acometimento do lobo temporal com comportamento alterado, alucinações, agressividade e convulsões parciais. A evolução clínica nem sempre é aguda, podendo ocorrer progressão subaguda de quadros de cefaléia e febre para deterioração do nível de consciência e coma. A maioria dos casos é causada por HSV I, que ascende por via neural no curso de infecção primária ou recorrência.

Diagnóstico

- Na grande maioria dos casos, há um aumento da celularidade (100 a 1.000 células/mm³) com predomínio de linfócitos e monócitos após 6 a 48 horas do início do quadro. Nesse intervalo de tempo, pode haver um predomínio de neutrófilos.
- A hiperproteínoorraquia e a hipoglicorraquia são menos proeminentes em relação ao encontrado nas meningites bacterianas. Essa alteração líquórica tende a persistir mesmo com a melhora do quadro clínico. Assim, a repetição seriada do exame líquórico geralmente é de pouca valia para o acompanhamento. No caso das meningites pelo vírus da caxumba, a pleiocitose pode permanecer por várias semanas. Portanto, a melhora clínica é um parâmetro de avaliação mais fiel.
- O estabelecimento de um diagnóstico etiológico específico tem muitas vezes apenas um interesse acadêmico, uma vez que a conduta não é diferenciada para os diferentes enterovírus. O diagnóstico, com graus maiores ou menores de sensibilidade, pode ser feito com o auxílio de técnicas moleculares, cultura ou detecção de anticorpos no liquor. Alternativamente, pode-se fazer sorologia seriada observando-se aumento ou diminuição de anticorpos, dependendo da fase da doença em que se estabelece o diagnóstico.
- O exame do liquor na meningoencefalite herpética, embora apresente características semelhantes em termos de celularidade em relação aos demais quadros virais, pode apresentar freqüentemente aumento de glóbulos vermelhos, embora isto não seja exclusivo da etiologia herpética. Na suspeita de meningoencefalite herpética, exames de imagem são indicados de rotina e não é incomum a observação de hemorragia em região de lobo temporal.
- A ressonância magnética é mais sensível na detecção de anormalidades parenquimatosas que a tomografia, e é considerada o método de escolha por muitos autores. Permite melhor definição do lobo temporal, a região mais freqüentemente acometida na encefalite herpética. Além disso, as anormalidades aparecem mais precocemente na ressonância magnética que na tomografia computadorizada.
- O eletroencefalograma é útil no diagnóstico da encefalite herpética, pois pode detectar anormalidades em até 80% dos casos. Anormalidades temporais bilaterais são sugestivas da etiologia herpética da encefalite.

- Diferente das meningites virais por outras etiologias, o exame líquórico seriado serve como parâmetro para resposta adequada ao tratamento com antivirais. A determinação específica da etiologia herpética não é simples, e o método mais promissor é a amplificação do DNA com o uso de PCR (reação em cadeia por polimerase).

Tratamento

- Não há tratamento específico para as meningites virais não-herpéticas, que em geral evoluem de maneira satisfatória.
- Na meningoencefalite herpética, o que determina o prognóstico é a pronta instituição do tratamento antiviral. A droga de escolha é o aciclovir na dose diária de 30 mg/kg, por via endovenosa, dividido em três tomadas. O tempo total de tratamento varia de 14 a 21 dias. O tratamento deve ser administrado a todos os pacientes com suspeita clínica e/ou radiológica de meningoencefalite herpética.
- O aciclovir pode ter efeitos colaterais principalmente relacionados ao sistema nervoso central, como alteração de comportamento, tonturas e convulsões. Esses efeitos podem ser confundidos com as manifestações neurológicas da doença de base. A dose deve ser ajustada na evidência de insuficiência renal e hepática.
- Não há indicação formal para o uso de corticosteróides. No caso de cepa de HSV comprovadamente resistente ao aciclovir, as principais opções terapêuticas são o ganciclovir e o foscarnet.

Manuseio inicial do paciente com suspeita de meningite viral no pronto atendimento

