



RELATO DE CASO

ENCEFALOMIELITE DISSEMINDA AGUDA EM ADULTO JOVEM: RELATO DE CASO

ENCEPHALOMIELITE DISSEMINED ACUTE IN ADULT YOUNG: CASE REPORT

Luís Eduardo Favero Cordebel¹
Vanessa Felix Nascimento Coelho²
Luís Henrique Bignotto³

RESUMO

A Encefalomielite Disseminada Aguda (ADEM) é uma doença inflamatória desmielinizante do Sistema Nervoso Central, que envolve exclusivamente a substância branca. A incidência da doença consiste em sua maioria de crianças e adolescentes (0,4-0,8 crianças/ 100.00 / ano),¹ com alguns casos descritos em adultos. Nesse relato de caso é descrito um caso em um adulto jovem, mulher, branca que evolui com sintomas de ADEM, após uma Infecção do Trato Urinário, confirmado após exclusão de outras patologias e exame de imagem – Ressonância Magnética de Encéfalo e com tratamento com corticoide e imunoglobulina humana, que obteve melhora significativa após 4 meses de evolução da doença.

Descritores: Encefalomielite Disseminada Aguda. Relato de Caso. Clínica Médica.

ABSTRACT

Acute Disseminated Encephalomyelitis (ADEM) is a demyelinating inflammatory disease of the central nervous system that exclusively involves the white matter. The incidence of the disease consists mostly of children and adolescents (0.4-0.8 children / 100.00 / year),¹ with some cases described in adults. In this case report is described in a young, white, adult woman who develops symptoms of ADEM after a urinary tract infection, confirmed after exclusion other pathologies, imaging examination (MRI) and treatment with human immunoglobulin, which obtained significant improvement after 4 months of disease progression.

Keywords: Acute Disseminated Encephalomyelitis. Case Reports. Medical Clinic.

INTRODUÇÃO

A Encefalomielite Disseminada Aguda é uma doença rara, inflamatória do Sistema Nervoso Central, que acomete principalmente crianças e adultos jovens. Apesar do mecanismo patogênico não ter sido definido, considera –se que uma resposta imuno – mediada seja responsável por tal moléstia,

¹Residente Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Jundiaí – SP. E-mail: faveromed@gmail.com

²Residente Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Jundiaí – SP. E-mail: vanfcoelho@yahoo.com.br

³Coordenador - chefe de Residência de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Professor auxiliar no Departamento de Clínica Médica. E-mail: lh_bignotto@yahoo.com.br



já que em mais de $\frac{3}{4}$ dos casos, infecções virais, bacterianas, ou imunizações, antecedem o início dos sintomas.¹

Doença monofásica, com algumas exceções, inclui sintomas inespecíficos como náuseas, cefaleia, febre e mialgia, até sintomas neurológicos como ataxia, perturbações do movimento, crises convulsivas e/ ou déficits focais, mielite clínica e rebaixamento do nível de consciência.²

O diagnóstico é realizado através da história clínica e exame imagem, sendo a Ressonância Magnética de Encéfalo padrão – ouro. Entretanto, a ADEM é um diagnóstico de exclusão.³ Já o tratamento é constituído por corticoide, imunoglobulina humana. O prognóstico, na maioria das vezes, é favorável ocorrendo recuperação completa após seis meses em cerca de 60-70% dos casos, sendo a taxa de mortalidade de 5%.²

RELATO DO CASO

Paciente, sexo feminino, 37 anos, branco, procedente de Jundiaí – SP, sem comorbidades, com histórico dor abdominal e disúria há 5 dias, a qual evoluiu com febre e diminuição do volume urinário. Foi atendida inicialmente em Pronto Atendimento onde foi aventado o diagnóstico de Infecção do Trato Urinário, e prescrito antibioticoterapia. Entretanto, após 2 dias em uso da medicação, paciente evoluiu com quadro de rebaixamento do nível de consciência e síncope.

Foi admitida no Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, onde foi submetida a Tomografia Computadorizada de Crânio, punção de líquido cefalorraquidiano, que não elucidaram o diagnóstico. Diante da gravidade do quadro, paciente foi transferida para setor de Unidade de Suporte Intensivo onde foi precedido intubação orotraqueal e iniciado tratamento com Ceftriaxona e Aciclovir, devido a possibilidade de Meningite, sem resposta clínica.

Durante a internação, devido história familiar de doença auto – imune, foi solicitado FAN com resultado positivo, sendo então, optado por pulsoterapia com metilprednisolona , por 5 dias, para tratamento de possível doença auto – imune , com acometimento de Sistema Nervoso Central, contudo não houve melhora do nível neurológico.

Após 10 dias, sem melhora clínica, foi realizado RNM de encéfalo, devido suspeição de doença desmielinizante. No exame de imagem solicitado, foi observado áreas de restrição de difusão, descontínuas, ao longo da substância branca periventricular, na coroa radiada e centro semioval, apresentando com distribuição bilateral, com alto sinal em Flair e em T 2, sem realce ou efeito de massa local. Lesões, também, encontradas no trajeto do trato córticoespinhal, sobretudo na transição mesencéfalo pontinha, sendo estes sinais compatíveis com ADEM. Desta forma, após confirmação da doença, optou –se pela realização de Imunoglobulina por 5 dias, sem melhora do nível neurológico.

Paciente manteve –se internada por aproximadamente 80 dias, com tentativa frustrada de alta hospitalar, dentro desse período, por dificuldades no cuidado, pelos familiares. Apresentou múltiplas



infecções hospitalares, com uso prolongado de diversos esquemas de antibioticoterapia, realizou diversos procedimentos como traqueostomia e gastrostomia.

Após aproximadamente 100 dias de internação em leito de Suporte Intensivo, paciente foi encaminhada para leito de enfermaria, devido estabilidade clínica. Após esse período, paciente evoluiu com melhora do nível neurológico, apresentando melhora da consciência, obedecendo a comandos simples, mostrando –se apta para alta hospitalar 120 dias do início do quadro.

DISCUSSÃO

A Encefalomielite Disseminada Aguda é uma doença rara, de caráter desmielinizante e inflamatório do Sistema Nervoso Central, que afeta predominantemente a substância branca cerebral e da medula espinhal.¹ A incidência é de cerca de 0,4/100.000 por ano, mais comum crianças e adultos jovens, caucasianos e do sexo masculino.¹

A ADEM tem sido associada ao desencadeamento de uma resposta auto – imune após infecções virais ou vacinas, porém em aproximadamente um terço dos casos em crianças e em cerca de metade dos adultos, não mostrou clara conexão de seu desenvolvimento com tais exposições.

A sintomatologia inicial é inespecífica, como a presença de cefaleia, febre e mialgia, bem como o rebaixamento do nível de consciência, coma, crise convulsiva focal ou generalizada, podendo, também, apresentar neurite óptica, alterações do campo visual, afasia, déficit motor e sensitivo, ataxia, movimentos anormais, sinais de meningoencefalite aguda com hemi, para, ou tetraparesia e paralisia de nervos cranianos.¹

Seu diagnóstico é de exclusão, após avaliação clínica, laboratorial e de exames de imagem que descartem outras doenças. Entretanto, a RM de Encéfalo e Medula demonstra alguns achados compatíveis com a doença, sendo assim descrito como padrão – ouro.³ O exame de imagem demonstra lesões desmielinizantes com hipersinal nas sequências de TR longo, multifocais, com atingimento da substância branca subcortical, núcleos da base, tálamos, tronco cerebral e/ou medula espinhal.²

O tratamento de escolha é corticoterapia em altas doses e imunoglobulina humana endovenosa, sendo o prognóstico habitualmente favorável ocorrendo recuperação completa após seis meses em cerca de 60-70% dos casos e com a taxa de mortalidade é de 5%.²

A paciente, em questão, foi diagnosticada após 10 dias de evolução, recebendo imunoglobulina por 5 dias. Entretanto, obteve resposta após 4 meses, não sendo esta resposta completa. O principal obstáculo do tratamento foram as infecções hospitalares decorrentes de ventilação mecânica, permanência do decúbito em leito, dispositivos invasivos.

CONCLUSÃO



Esse relato de caso tem por finalidade decorrer sobre ADEM, uma doença rara que dependem do alto nível de suspeição. Pois o tratamento incorreto ou tardio pode culminar em sequelas irreversíveis. A paciente, apesar do diagnóstico após 10 dias de apresentação, apresentou melhora de maneira significativa após 4 meses do tratamento com imunoglobulina humana.

REFERÊNCIAS

1. Alexander M, Murthy J.M.K. Acute disseminated encephalomyelitis: Treatment guidelines. 2011; 14(Suppl1): 60–64.
2. Gomes M, Afonso A, Fernandes J, Antunes H, Barbosa C. Encefalomielite Disseminada Aguda – série de casos. Revista Nascer e Crescer 2017; 26.
3. Kumar P, Kumar P, Sabharwal RK. Acute Disseminated Encephalomyelitis: Case Report and Brief Review. J Family Med Prim Care. 2014 Oct - Dec; 3(4):443 – 445.