

AVC isquémico – Quando o risco cardiovascular é inocente!

Serviço Medicina 3

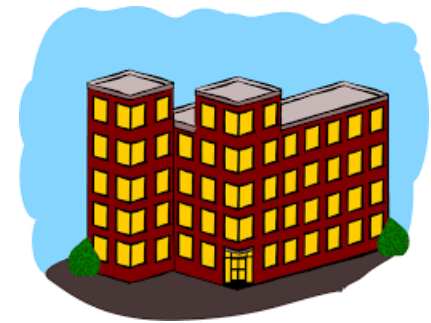
Diretor de Serviço: Dr. Nuno Bragança

Tutora: Dra. Susana Heitor

Prefectores:

- Anna Lima
- Marta Arriaga Rocha

Caso Clínico



Caso Clínico

Antecedentes Pessoais:

Hipertensão arterial

Dislipidemia

Antecedentes cirúrgicos:

1995 Cirurgia de urgência por diverticulite com perfuração do cólon sigmoide

1996 Encerramento de colostomia

1998 Histerectomia total +anexectomia bilateral

2009 Correção de hérnia incisional com prótese

Caso Clínico

Medicação Habitual:

Sinvastatina 20mg

Omeprazol 20mg

Indapamida 1.5mg



Caso Clínico

SU HFF:
Quadro de cervicalgia e
mialgias.
Alta com terapêutica
analgésica.



SU HFF 1 dias após alta:
Com quadro de
prostração,
desorientação e febre.

Caso Clínico

Ao Exame Objectivo:

»Duvidosa rigidez da nuca.

»Abdómen doloroso à palpação e com defesa.

»Exantema cutâneo que não poupava palmas nem plantas



Caso Clínico

Analiticamente	
Hemograma	Hemoglobina: 12.5 g/dl Leucócitos 5900 Neutrófilos 91% Plaquetas 80.000
Função renal	Creatinina 1.8mg/dl Ureia 72mg/dl
Bioquímica Hepática	ALT 40 U/L FA 200 U/L GGT 72 U/L Bilirrubina Total 0,46 mg/dl
PCR	33 mg/dl
Amilase	21 U/L (N)



Caso Clínico

UII, radiografia tórax e radiografia abdominal sem alterações valorizáveis.



TAC CE sem alterações agudas.

TAC abdominal:


Densificação difusa da gordura intraperitoneal, tanto do grande epíloon como do mesentério, com ligeiro espessamento de ambas goteiras parietocólicas..... **que poderá estar relacionado com peritonite em evolução.**



Caso Clínico

SU HFF:
Quadro de cervicalgia e
mialgias.
Alta com terapêutica
analgésica.

Avaliada pela Cirurgia
Geral:
Sem clínica de
peritonite.



SU HFF 1 dias após alta:
Com quadro de
prostração,
desorientação e febre

Caso Clínico

Punção Lombar:

Líquido Cefalo-Raquidiano (LCR)			
Estudo Citológico de LCR			
Estudo Citológico			
Aspecto	tubo 3 - límpido.		
Nº Células Nucleadas	3		
Predomínio	Células mononucleadas		
Eritrocitos	Raros		
Proteínas totais (LCR)	75.60	mg/dL	15.00 - 45.00
Glicose (LCR)	52	mg/dL	40 - 70
Desidrogenase do Lactato (LCR)	47.00	U/L	< 40.00
Cloretos (Cl)-LCR	124	mmo/L	

Pesquisa de BAAR negativa.

Pendente: VDRL, exame cultural, pesquisa vírus Herpes por PCR

Caso Clínico

SU HFF:
Quadro de cervicalgia e mialgias.
Alta com terapêutica analgésica.

Avaliada pela Cirurgia Geral:
Sem clínica de peritonite.



SU HFF 1 dias após alta:
Com quadro de prostração,
desorientação e febre

Agravamento do estado clínico:
Hipotensão, taquicardia,
sinais de má perfusão periférica

Caso Clínico

Foco Abdominal?
Colheu HC (2 anaeróbias + 1 aeróbia)
Iniciou AB empírica com ceftriaxone +
metronidazol



Objetivou-se lesão cutânea sugestiva
de *Tache noir* » iniciou Doxiciclina
Colheu serologias para Rickettsia,
Borrelia, Coxiella

Caso Clínico



Caso Clínico

Foco Abdominal?
Colheu HC (2 anaeróbias + 1 aeróbia)
Iniciou AB empírica com ceftriaxone +
metronidazol

Evolução para choque
séptico com disfunção
multiorgânica » UCI



Objetivou-se lesão cutânea sugestiva
de *Tache noir* » iniciou Doxiciclina
Colheu serologias para Rickettsia,
Borrelia, Coxiella

Caso Clínico

Na Unidade de Cuidados Intensivos:

» Boa evolução clínica com terapêutica instituída

Intercorrências:

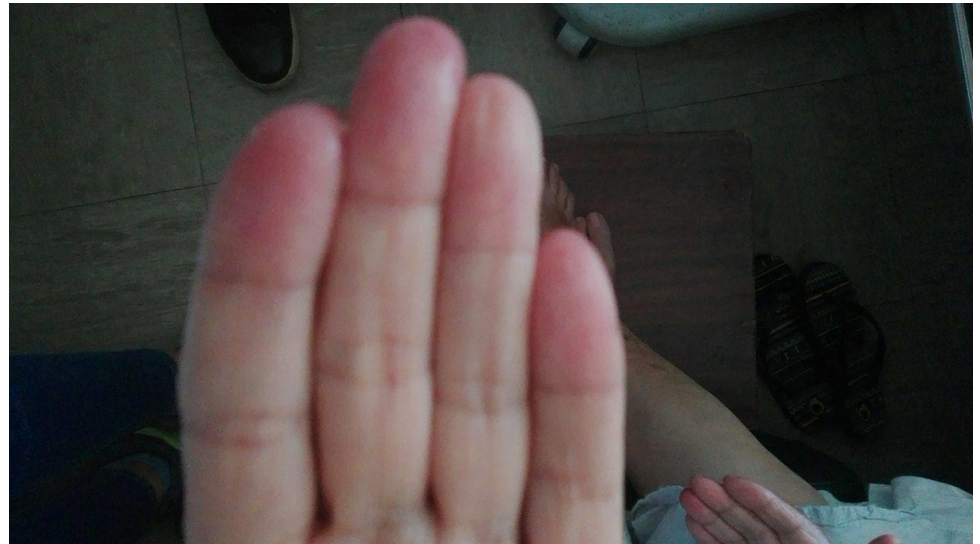
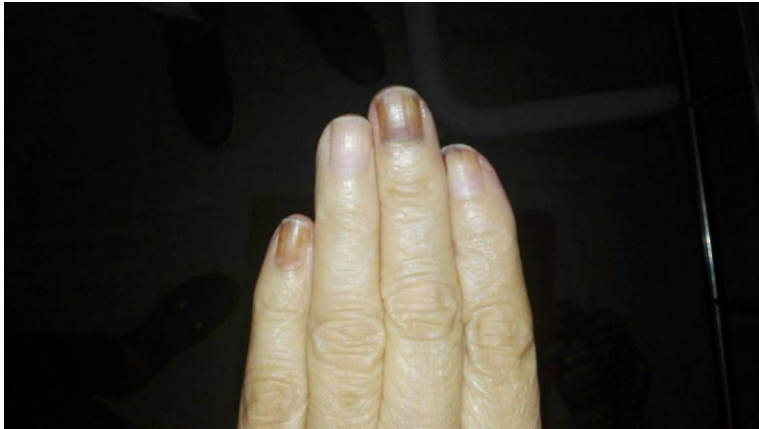
Quadro caracterizado por:

» Alteração estado consciência com períodos de delírio

» Paresia facial central à direita, hemiparesia direita grau 4/5, Babinsky à direita e ataxia bilateral de predomínio direito.

» Acrocianose

Caso Clínico



Caso Clínico

Dos MCD`S realizados a realçar:

» **TAC-CE**: pequenas lesões hipodensas cortico-subcorticais na vertente posterior e inferior do hemisfério cerebeloso direito e na vertente superior do hemisfério cerebeloso esquerdo, **provavelmente isquémicas**, a da direita antiga e a da esquerda provavelmente recente. Outras zonas com gliose isquémica em localização supratentorial a nível subcortical bifrontal, peritrigonal direita adjacentes aos cornos frontais dos ventrículos laterais – recentes?

Caso Clínico

Dos MCD`S realizados a realçar:

»Ecodoppler transcraniano - estenose pouco significativa (<50%) da ACM esquerda

»ECG, Ecodoppler cervical e Ecocardiograma transtóracico



Caso Clínico

Por estabilidade clínica transferida para enfermaria de Medicina Interna

Dos exames previamente em curso à data da transferência estavam disponíveis os seguintes resultados:

Hemoculturas	Negativas
Serologias para Coxiela, Rickettsia e Borrelia	Negativas
PCR viral (Herpes Virus) LCR	Negativo
VDRL LCR	Negativo
Exame Cultural LCR	Negativo

Caso Clínico

Avaliada pela Neurologia:

»Agitação psicomotora e alteração do comportamento acentuadas

»Rigidez da nuca em todos os planos, mas mais acentuada no antero-posterior, sem fácies de dor.

»Hemiparesia direita com espasticidade marcada, com movimento do MI contra-gravidade em pequena amplitude.



Caso Clínico

Avaliada pela Neurologia:

Quadro confusional agudo + sinais neurológicos focais em doente com provável febre escaro-nodular

- » AVC isquémico de etiologia vasculítica infecciosa?
- » Infecção do SNC?

Repetição da PL e
realização de RM CE



Caso Clínico

Evolução durante o internamento:

- » Repetiu PL: sobreponível à anterior
- » Iniciou fisioterapia na enfermaria com melhoria significativa dos défices.
- » Cumpriu 14D de doxiciclina com franca melhoria clínica e analítica (normalização dos parâmetros inflamatórios bem como do padrão de citocolestase).
- » Foi feita nova colheita para serologias Rickettsia, Coxiella

Caso Clínico

Evolução durante o internamento:

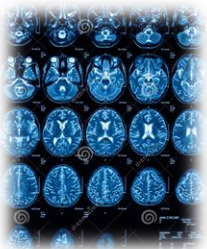
Acrocianose:

1. Pentoxifilina: sem melhoria
2. Adesivo TD Nitroglicerina 5mg: discreta melhoria

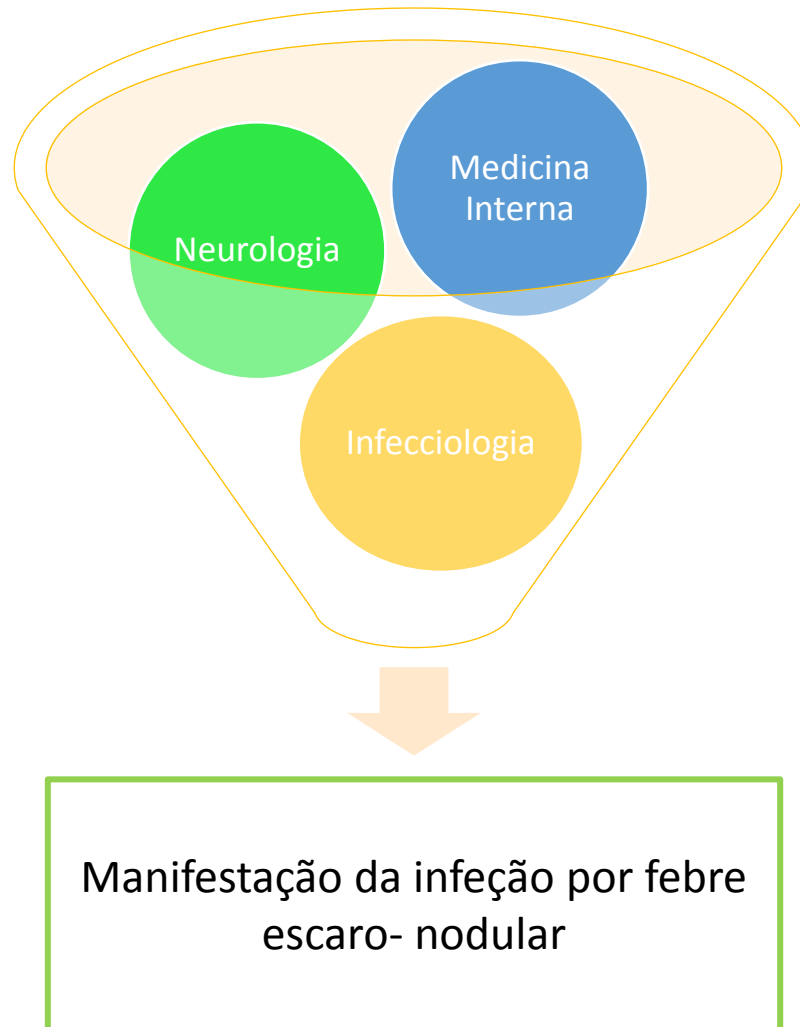
Caso Clínico

RM CE:

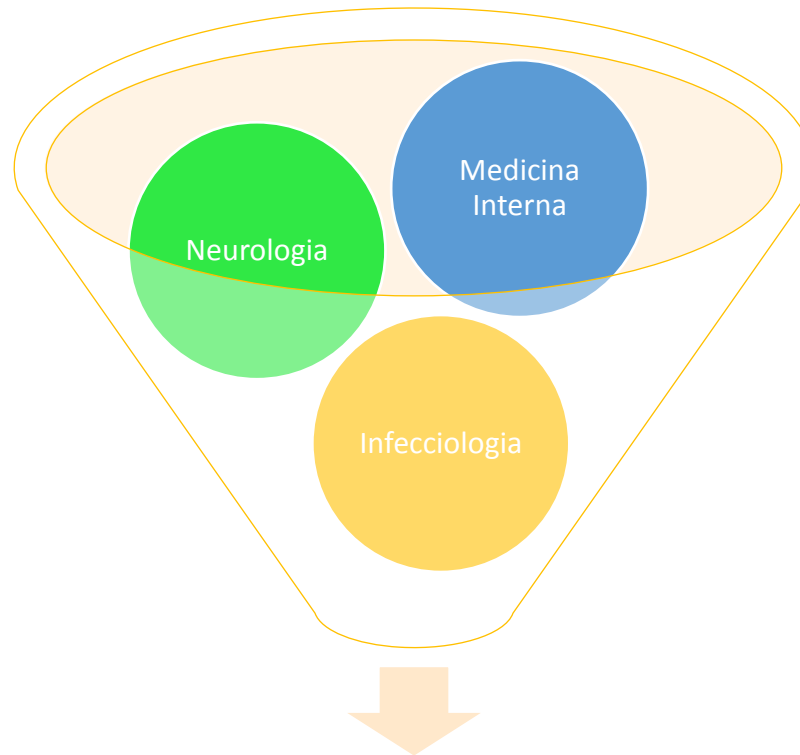
Múltiplas lesões interessando a substância branca hemisférica cerebral bilateralmente, com envolvimento da substância branca subcortical e predominantemente periventricular....estas lesões são por vezes identificadas em doentes com doença de Lyme (provável natureza desmielinizante?). Em termos meramente imagiológicos estes aspetos são sobreponíveis aos da esclerose múltipla, pelo que se sugere rigorosa integração clínico-laboratorial. Estas lesões **poderão corresponder a lesões vasculares isquémicas em fase subaguda.**



Caso Clínico



Caso Clínico



Sem benefício para manter terapêutica com doxiciclina.

Vigilância: Repetir RM CE após 1 semana.

Ponderar Corticoterapia.

Caso Clínico

Durante período de vigilância para repetição da RM CE manteve boa evolução clínica.

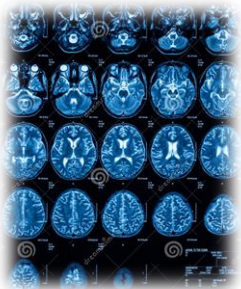
Avaliada pela Neuropsicologia por discretos défices cognitivos:

“Apresenta um perfil neuropsicológico compatível com **quadro de disfunção cognitiva** caracterizado por defeito das memórias de trabalho, associativa e visual, baixa iniciativa motora com tendência à perseveração motora e grafomotora, e defeito do raciocínio lógico”

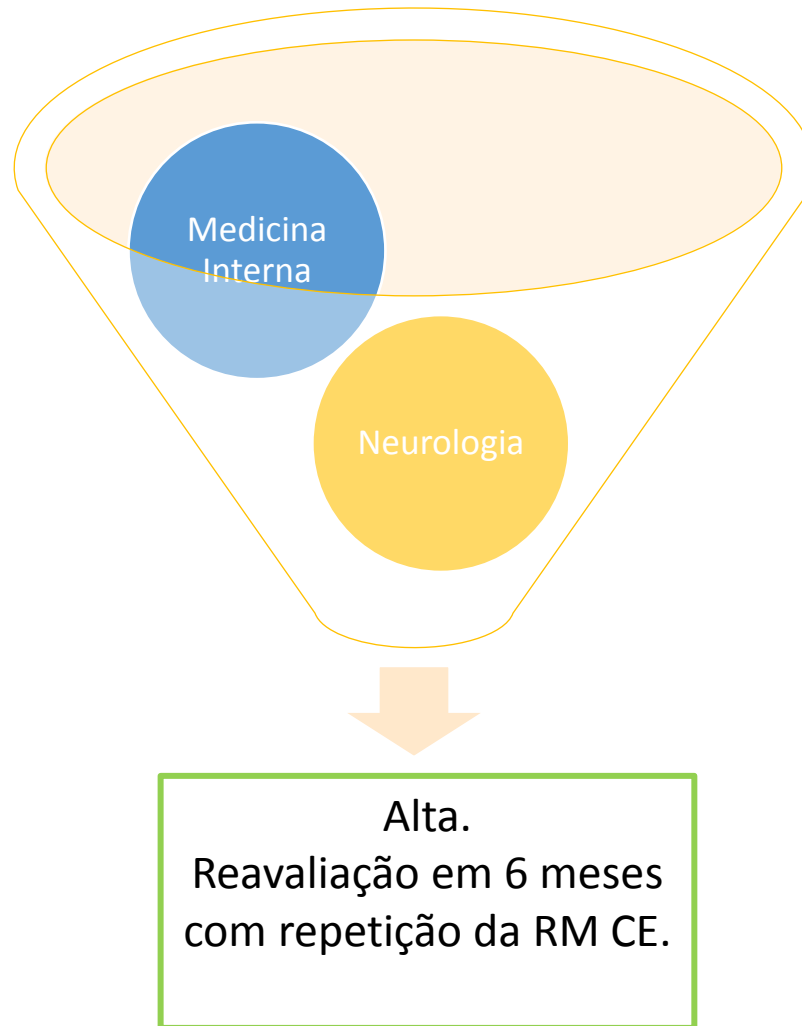
Caso Clínico

Repetiu RM CE:

No global, o presente estudo favorece estabilização imagiológica com regressão do componente inflamatório/infecioso ativo **favorecendo eventual envolvimento secundário de patologia infecciosa de base com associada vasculite.**



Caso Clínico



Caso Clínico

Pela Manutenção da Acrocianose decidiu-se introduzir terapêutica com **Prednisolona 40 mg** durante 1 semana com posterior reavaliação pós alta.

Caso Clínico

Avaliação uma semana após alta:

»Clinicamente bem, sem alterações valorizáveis ao exame objetivo

»Analises



Caso Clínico

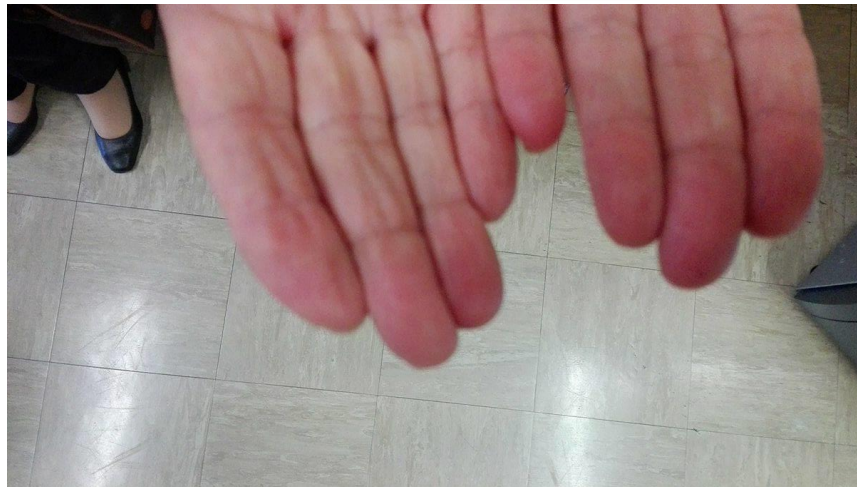


Caso Clínico

Evolução natural da doença?

Placebo?

Coincidência?



Caso Clínico

Ac Anti Rickettsia POSITIVOS!



Seroconversão

Caso Clínico

Reavaliação após 6 meses

Analiticamente 

Repetiu serologias para Rickettsia: IgG fortemente positivo; IgM fracamente positivo.
HIV negativo.

RM CE: “...Evolução para a cronicidade das lesões focais do tronco cerebral, da substância branca peri-ventricular e subcortical bi-hemisferica, actualmente com normalização do sinal na difusão...”

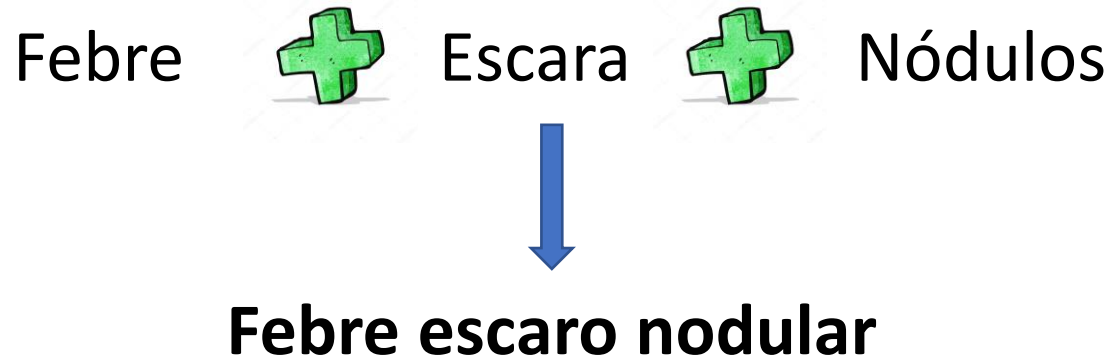
Mantém-se autónoma e clinicamente bem.

Rickettsioses

- Zoonose mais prevalente em Portugal
- Bacteria Gram negativa intracelular
- Transmitida por artrópodes vectores

Grupo das febres exantemáticas

Rickettsioses



Descrita inicialmente por **Delfim Pinheiro** (1923) e posteriormente divulgada por **Ricardo Jorge**.

Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

Bacteria Gram negativa intracelular

- *Rickettsia conorii*

R. conorii subsp *Malish*

R. conorii subsp. *Israeli*

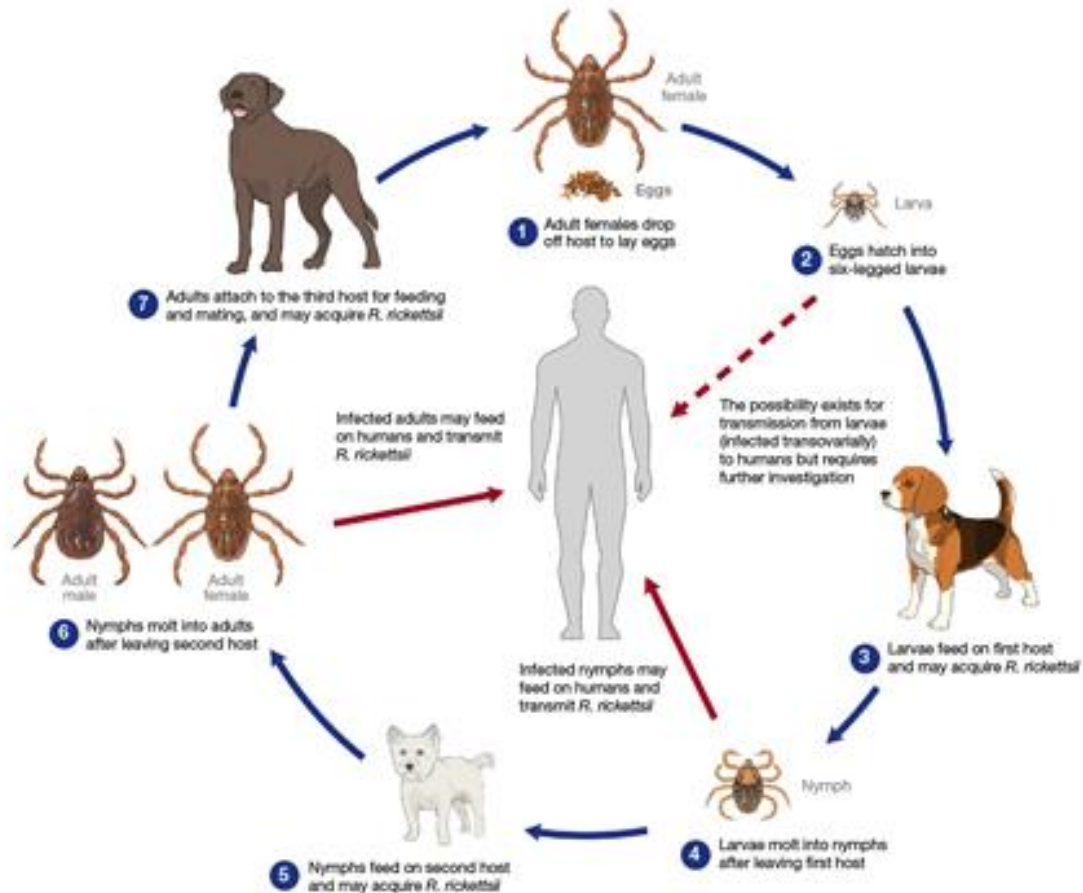
Vetor principal

- *Rhipicephalus sanguineus*



Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

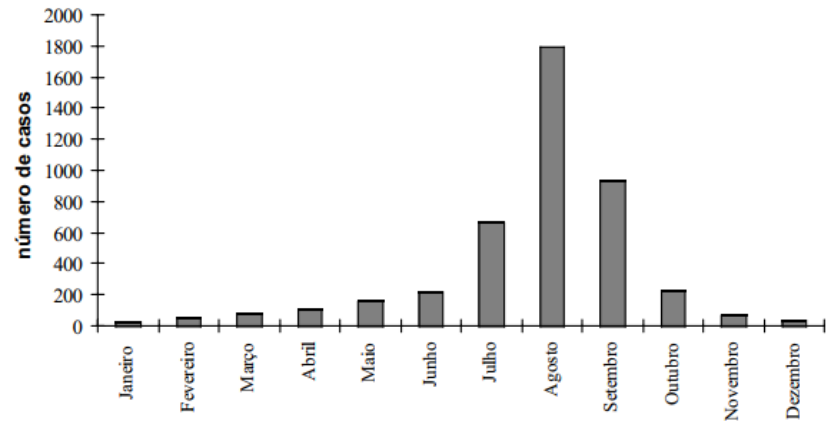


Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

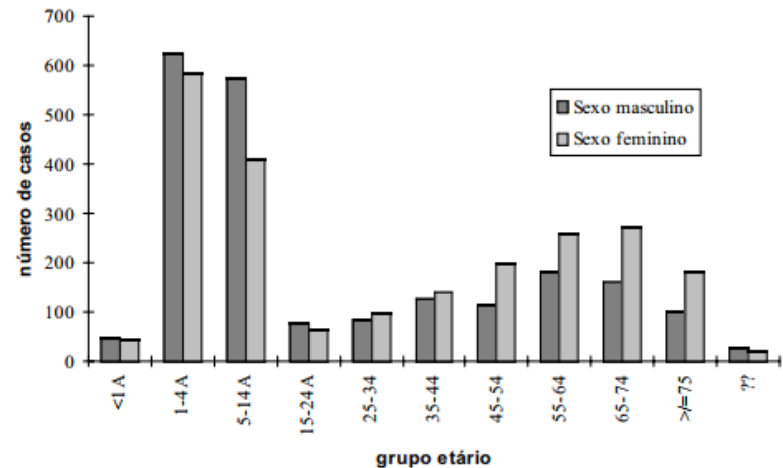
- Predomínio estival

Julho – Agosto – Setembro



- Grupos etários mais jovens

1-15 anos; 55-64 anos



Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

Doenças de declaração obrigatória: casos notificados

Quantas pessoas existem com tuberculose respiratória, outras salmoneloses, febre escaronodular, parotidite epidémica, hepatite B ou outras doenças infecciosas?

Indicador

Febre escaronodular

2015

139

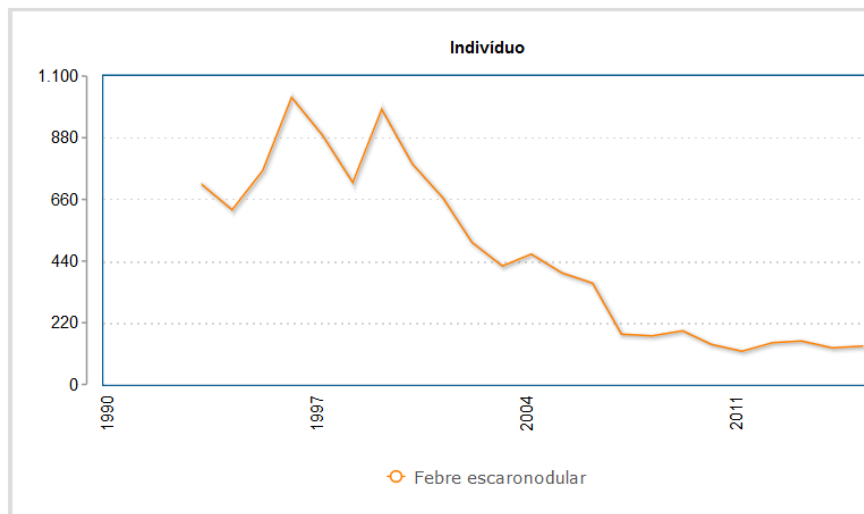
Indivíduos

1993

716

Indivíduos

Febre escaronodular



Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

Doenças de declaração obrigatória: casos notificados

Quantas pessoas existem com tuberculose respiratória, outras salmoneloses, febre escaronodular, parotidite epidémica, hepatite B ou outras doenças infecciosas?

Indicador

Febre escaronodular

2015

Indivíduos

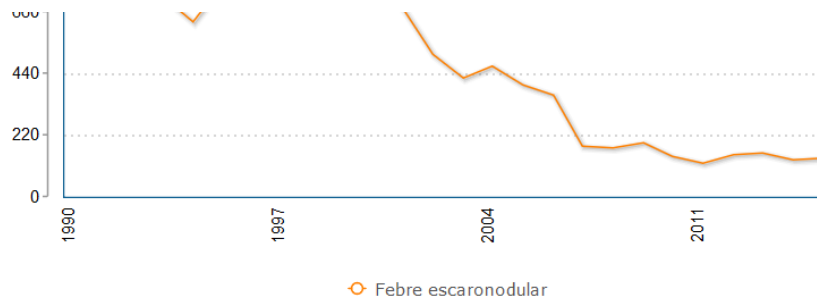
Subnotificação dos casos

1993

716

Indivíduos

Febre escaronodular



Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

Evolução da doença

- Período de incubação cerca **3 a 7 dias**
- Início abrupto das manifestações clínicas

Febre

Mialgias

Cefaleias

2 - 4 dias



Exantema

Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

Vasculite Sistémica

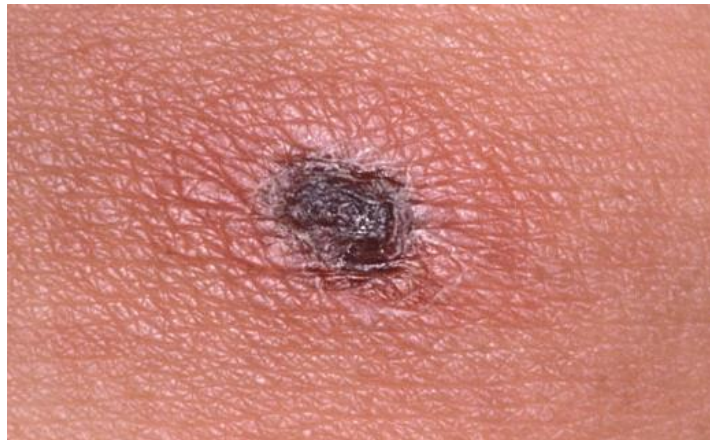


Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

Escara de inoculação

- Tâche noire -



Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

Febre elevada >39°C



***Rash* característico**

Escara de inoculação

1. Crespo P, Seixas D, Marques N, Oliveira J, da Cunha S, Melico-Silvestre A. Mediterranean spotted fever: case series of 24 years (1989-2012). Springerplus. 2015;4:272.

2. Portillo A, Santibanez S, Garcia-Alvarez L, Palomar AM, Oteo JA. Rickettsioses in Europe. Microbes Infect. 2015;17(11-12):834-8.

Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

Sintomas inespecíficos

- Síndrome gripal

Alterações analíticas inespecíficas

- Elevação PI's
- Alteração do perfil hepático
- Trombocitopenia

Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

Sintomas inespecíficos

Síndrome

**Alto Índice de
suspeição**

Alterações

Elevação TTS

Alteração do perfil hepático

Trombocitopenia

Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

Diagnóstico

Clínico MAS Confirmação laboratorial

- Identificação direta por cultura celular
- Técnicas imuno-histológicas
- Amplificação do DNA por PCR das biopsias da escara

Métodos mais específicos



-
- **Testes serológicos**
 - ✓ **Imunofluorescência indirecta**



(Prova de Weil-felix)

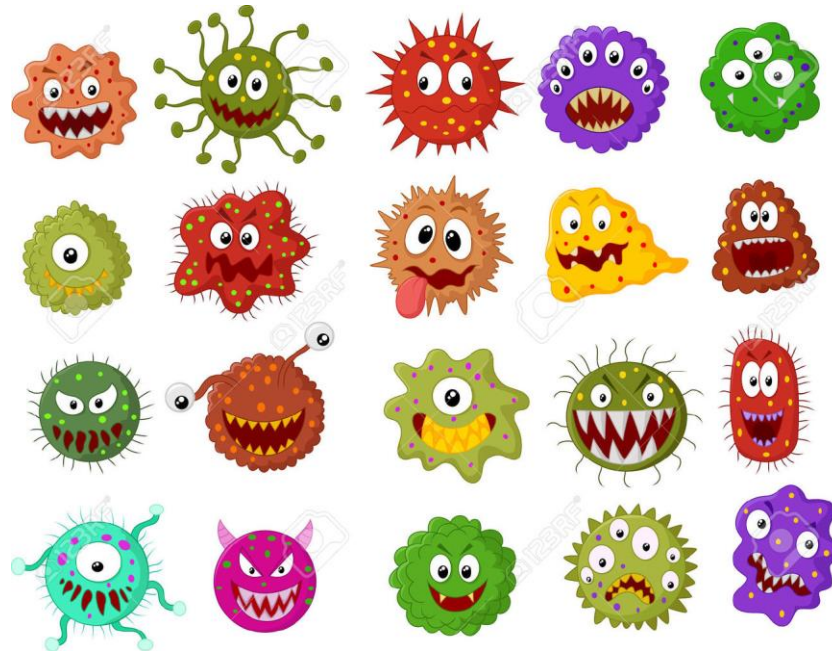
Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

Serologia Bacteriana			
Ac Anti-Rickettsia (IgG) - IFI			
R.Rickettsia	Reactivo		
Titulo	64.00		< 64.00
R.Typhi	Não reactivo		
Titulo	<64.00		< 64.00
Ac Anti-Rickettsia (IgM) - IFI			
R.Rickettsia	Não reactivo		
R.Typhi	Não reactivo		
Ac Anti-Coxiella Burnetti IgG			
Fase I			
Resultado	3	UA	< 11
Fase II			
Resultado	2	UA	< 11
Ac Anti-Coxiella Burnetti IgM			
	12	UA	< 11
Ac Anti-Rickettsia Conorii (IgG) - IFI			
R.Conorii	Fracamente reactivo		
Titulo	40.00		< 40.00
Ac Anti-Rickettsia Conorii (IgM) - IFI			
R.Conorii	Reactivo		
Titulo	192		

Rickettsioses

- Febre escaro nodular -



Reações cruzadas!

Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

Tratamento

Antibióticos com boa penetrância intracelular

DOXICICLINA 100mg 12/12h



Macrólidos



Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

- Curso benigno

MAS

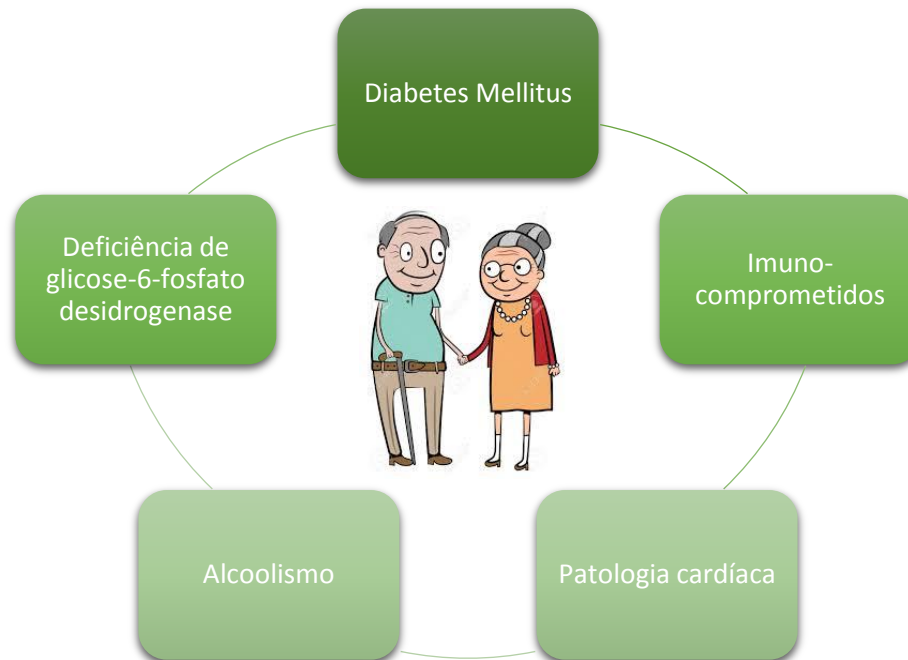
- Infecções graves

- Sépsis
- Choque
- Coagulação intravascular disseminada
- Meningoencefalite
- Insuficiência renal
- Insuficiência respiratória
- Necrose tecidual

Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

Infeções graves



Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

Porquê apresentar este caso clínico?

» Apresentação pouco comum da doença

Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

DOI: 10.7860/JCDR/2014/9646.4996

Case Report

Internal Medicine
Section

Neurorickettsioses: A Rare Presentation with Stroke in a Young Adult

PRAVEEN KUMAR S¹, PRAMOD K²

ABSTRACT

Acute stroke-like presentations due to rickettsial infections have been sparsely reported in literature. We report a young patient who presented with high grade fever and acute encephalopathy with right hemiplegia. CT head showed left cerebral, bilateral thalamic and midbrain infarcts. The stroke in young work-up for conventional and non-conventional risk factors including few infections known to cause cerebral vasculitis was negative. He did not respond to empirical antimalarials and antibiotics. With a high index of suspicion of his 'febrile cerebrovasculitis' like presentation, serological test for rickettsia was done and found to be positive. He responded to doxycycline. This case expands the spectrum of presentation of neurorickettsioses and highlights the importance of considering rickettsial vasculitis as one of the potentially treatable causes of infections causing stroke.

Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

Porquê apresentar este caso clínico?

- » Apresentação pouco comum da doença
- » Alertar para a necessidade de elevado índice de suspeição

Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

Porquê apresentar este caso clínico?

- » Apresentação pouco comum da doença
- » Alertar para a necessidade de elevado índice de suspeição
- » Potencial de gravidade da doença!

Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

Potencial de gravidade da doença!

Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

Revista Online de Casos Clínicos em Medicina Interna

Pesquisa de artigos



[página inicial](#) | [corpo editorial](#) | [normas de publicação](#) | [sobre a revista](#)

[PT](#) | [EN](#)

FEBRE ESCARO-NODULAR COM CHOQUE SÉPTICO GRAVE. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Casos Clínicos

Autor(es) : A. Manolachi¹, J. Estêvão¹, F. Rodrigues¹, V. Baptista², J. Estevens³, A. Santos⁴, R. Sousa⁴, C. Glória⁵
Instituições :
Data de Aceitação : 30-09-2014
Data de Publicação : 15-02-2016
ISSN : 2183-7546

RESUMO

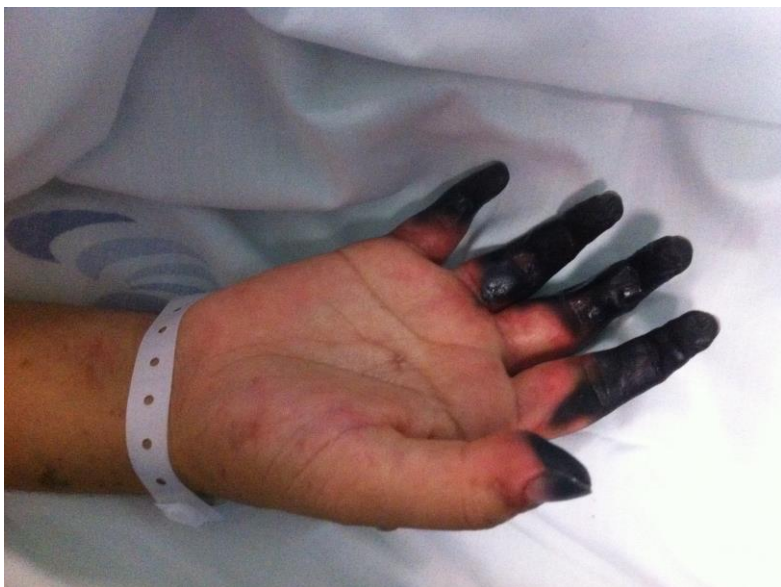
Conhecida em Portugal desde 1930, a febre escaro-nodular (FEN) constitui a rickettsiose mais frequente no nosso País. A grande maioria dos casos tem uma evolução benigna, mas uma pequena percentagem de casos intercorre com complicações graves. Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher jovem, que recorre ao Serviço de Urgência por febre, mialgias, artralgias e exantema maculo papular generalizado. Colocada a hipótese diagnóstica de febre escaro-nodular, iniciou terapêutica com doxiciclina. O quadro clínico evoluiu desfavoravelmente, com hipotensão severa e depressão do estado de consciência, culminando em choque séptico com falência multiorgânica, necessidade crescente de aminas vasoactivas, ventilação invasiva e técnica de substituição renal. A par da recuperação do quadro séptico, verificou-se isquémia severa das extremidades, secundária a vasculite por rickettsiose (eventualmente potenciada pelo uso das aminas vasoactivas). Perante a gravidade do quadro isquémico, com necrose extensa e mumificação das extremidades, foi submetida a amputação electiva dos membros.

Palavras Chave : Palavras chave: febre escaro-nodular, choque séptico, falência multiorgânica, rickettsia

A. Manolachi¹, J. Estêvão¹, F. Rodrigues¹, V. Baptista², J. Estevens³, A. Santos⁴, R. Sousa⁴, C. Glória⁵: Febre escaro-nodular com choque séptico grave. A propósito de um caso clínico. Revista online casos clínicos em Medicina Interna, 15-02-2016

Rickettsioses

- Febre escaro nodular -



A. Manolachi¹, J. Estêvão¹, F. Rodrigues¹, V. Baptista², J. Estevens³, A. Santos⁴, R. Sousa⁴, C. Glória⁵: Febre escaro-nodular com choque séptico grave. A propósito de um caso clínico. Revista online casos clínicos em Medicina Interna, 15-02-2016

Rickettsioses

- Febre escaro nodular -



A. Manolachi¹, J. Estêvão¹, F. Rodrigues¹, V. Baptista², J. Estevens³, A. Santos⁴, R. Sousa⁴, C. Glória⁵: Febre escaro-nodular com choque séptico grave. A propósito de um caso clínico. Revista online casos clínicos em Medicina Interna, 15-02-2016

Rickettsioses

- Febre escaro nodular -

Obrigada pela Atenção