

MENINGENCEFALITE POR AMEBA DE VIDA LIVRE APRESENTAÇÃO DO PRIMEIRO CASO LATINO-AMERICANO

Rubens CAMPOS (1), Mario Candido de Oliveira GOMES (2), Luiz Sebastião PRIGENZI (2) e
Jeronimo STECCA (2)

RESUMO

Os Autores relatam o encontro de ameba de vida livre no líquido cefalorraqueano de paciente com sinais e sintomas de meningencefalite. A infecção foi adquirida em lagoa do litoral do sul do Estado de São Paulo e o diagnóstico efetuado em vida. A terapêutica emetínica intrarraqueana foi ineficaz e o paciente veio a falecer, confirmando a gravidade desta protozoose.

INTRODUÇÃO

Recentemente tem sido descrita nova entidade nosológica denominada meningencefalite por ameba de vida livre, causada pela invasão do cérebro e meninges por amebídeos, possivelmente através de nervos olfativos.

Os primeiros casos humanos foram descritos por FOWLER & CARTER⁵ em 1965, na Austrália, posteriormente a literatura médica se enriqueceu com a publicação de outros casos. SYMMERS⁸ em 1969 e DUMA⁴ em 1972, fizeram revisão crítica de todos os trabalhos concernentes ao assunto, tendo este último referido o encontro de 67 casos na bibliografia consultada. WILLAERT⁹ apresenta lista de bibliografia selecionada.

CULBERTSON³ em 1971, fez uma revisão dos aspectos morfológicos e biológicos destes protozoários assinalando os métodos que permitem estudar o parasita em cultura, inoculação e nos tecidos, concluindo por classificar estes agentes em dois grupos: *Hartmanella* — *Acanthamoeba* e *Naegleria*. MARINO JR.⁶ e SOTELO-AVILA & col.⁷ discutem amplamente a posição sistemática do agente etiológico.

Para melhor conhecimento desta protozoose, principalmente aquele relacionado com a distribuição geográfica da doença, resolvemos publicar nossa observação.

RELATO DO CASO

J. R. I., 8 anos, masculino, residente na zona rural do Município de Capão Bonito, Estado de São Paulo, Brasil.

Há 15 dias, surgiu discreta cefaléia. Há 3 dias teve sonolência e posteriormente, febre alta (39°C), seguindo-se convulsões generalizadas. Previamente gozava de boa saúde.

Ao exame físico, apresentava bom estado geral, confusão mental e agitação psicomotora, presença de sinais de irritação meníngea.

EXAMES COMPLEMENTARES

Líquido cefalorraqueano (LCR): moderadamente turvo; citologia: raras hemácias e 550 leucócitos/mm³, sendo 70% de células mononucleadas (linfócitos e monócitos) e 30% de granulócitos neutrófilos; glicose: 54 mg%, clo-

(1) Departamento de Parasitologia do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo.

(2) Centro de Ciências Biológicas e Médicas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Apresentado no VI Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 1970.

retos: 684 mg%; proteínas 60 mg%. Reação de Nonne-Apelt positiva e reação de Takata Ara positiva, tipo vermelho. Bacterioscopia negativa (colorações de Gram e Ziehl). Cultura bacteriológica negativa nos meios de Teague, Mueller-Hilton e Ágar-sangue.

Ao exame microscópico notou-se a presença de dezenas de organismos com forma amebóide, emitindo pseudópodos e que foram identificados, após coloração pela hematoxilina férrica, como formas trofozoítas de amebas de vida livre.

Hemograma: Glóbulos vermelhos 4.180.000/mm³. Leucócitos 12.300/mm³: neutrófilos 92% (segmentados 82%; bastonetes 10%); linfócitos 5%; monócitos 3%. Granulações tóxicas finas e numerosas nos neutrófilos. Não foram encontradas células eosinófilas.

Fezes — Negativo para cistos de protozoários e ovos e larvas de helmintos.

Diagnóstico clínico — Meningoencefalite.

Medicação — Cloranfenicol, penicilina, sulfa, corticóides, emetina (endovenosa e intrarraqueana).

Evolução — Parada respiratória, traqueostomia, respiração controlada. O paciente faleceu 45 horas após a internação. Não foi feita autópsia.

DISCUSSÃO

A síndrome caracterizada por febre, sinais de irritação meníngea e comprometimento do encéfalo permitiu o diagnóstico clínico de meningoencefalite. O exame do LCR levou à suspeita inicial de processo bacteriano, tendo sido iniciada medicação antibiótica com esquema tríplice (penicilina, cloranfenicol e sulfa). O encontro de amebas identificadas a princípio como do gênero *Entamoeba*, afastou outras eventualidades diagnósticas.

A confusão com a *E. histolytica* é perfeitamente possível, tendo em vista as características morfológicas e biológicas do protozoário, pois esta ameba também pode lesar secundariamente o cérebro, a partir das ulcerações intestinais. Esta diferença permitiu a muitos Autores denominar a doença causada por ame-

bas de vida livre de "meningoencefalite primariamente amebiana". Além disso, o exame dos trofozoítas encontrados no LCR, corados pela hematoxilina férrica, permitiu o diagnóstico de ameba de vida livre, possivelmente do grupo *Hartmanella-Acanthamoeba*, pela visualização do grande cariósoma redondo, regular, ocupando quase todo o núcleo, não apresentando este os grânulos de cromatina da membrana nuclear.

A colheita e fezes do reto do paciente e a procura de amebídeos nos demais membros da família resultaram negativas. Não foi possível a pesquisa do protozoário no local provável de contaminação ou seja nas águas suspeitas. O paciente adquiriu a infecção ao se banhar em lagoa de água doce, próxima ao mar, no litoral sul do Estado de São Paulo, Município de Iguape, abaixo do Trópico de Capricórnio, sendo o clima considerado temperado, com verão não excessivamente quente (época na qual ocorreu a infecção) e inverno pouco rigoroso. Com relação à posição geográfica desejamos salientar a coincidência de que a maioria dos casos relatados até agora está acima do Trópico de Câncer e abaixo do Trópico de Capricórnio, porém BHAGWANDEEN & col.¹ refere o primeiro caso africano em Zâmbia.

A meningoencefalite por ameba de vida livre é extremamente grave, com evolução rápida e geralmente fatal, tendo DUMA⁴ relatado 62 óbitos, entre os 67 casos divulgados na literatura, sendo 60 não confirmados por autópsia. A ineficácia da emetina em relação as amebas de vida livre, demonstra a necessidade urgente e novas drogas, surgindo a anfotericina B como a substância provavelmente mais eficaz, segundo CARTER².

S U M M A R Y

Primary amoebic meningoencephalitis: first case from Latin-America

Owing to the finding of free-living amoebae in the cerebrospinal fluid of a patient with signs and symptoms of meningoencephalitis, and to the similarity with other cases reported in literature, even without histopathological proof we believe this to be the first case reported in Brazil, and the fourth the world over in which the diagnosis was established with the patient live.

CAMPOS, R.; GOMES, M. C. de O.; PRIGENZI, L. S. & STECCA, J. — Meningoencefalite por ameba de vida livre. Apresentação do primeiro caso latino-americano. *Rev. Inst. Med. trop. São Paulo* 19:349-351, 1977.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BHAGWANDEEN, CH. B.; CARTER, R. F.; NAIK, K. G. & LEVITT, M. B. — A case of hartmannelid amebic meningoencephalitis in Zambia. *Amer. J. Clin. Path.* 63: 483-492, 1975.
2. CARTER, R. F. — Sensitivity to amphotericin B of a *Naegleria* sp. isolated from a case of primary amoebic meningoencephalitis. *J. Clin. Path.* 22: 470-478, 1969.
3. CULBERTSON, C. G. — The pathogenicity of soil amebas. *Ann. Rev. Microbiol.* 50: 231-254, 1971.
4. DUMA, R. J. — Primary amoebic meningoencephalitis. *CRC Crit. Rev. Clin. Lab. Sci.* 3: 163-192, 1972.
5. FOWLER, M. & CARTER, R. E. — Acute pyogenic meningitis probably due to *Acanthamoeba* sp.: a preliminary report. *Brit. Med. J.* 2: 740-742, 1965.
6. MARINO JR., J. T. — Amplification of primary amebic meningoencephalitis. *J. Pediat.* (St. Louis) 86: 160-161, 1975.
7. SOTELO-AVILA, C.; TAYLOR, F. M. & EWING C. W. — Letters to the Editor. *J. Pediat.* (St. Louis) 86: 161, 1975.
8. SYMMERS, W. St. C. — Primary amoebic meningoencephalitis in Britain. *Brit. Med. J.* 4: 449-454, 1969.
9. WILLAERT, E. — Primary amoebic meningoencephalitis. A selected bibliography and tabular survey of cases. *Ann. Soc. Belg. Med. Trop.* 54: 429-440, 1974.

Recebido para publicação em 9/6/1976.