

Peritonite por *Neisseria meningitidis* sorotipo C – relato de caso

Neisseria meningitidis peritonitis serotype C – case report

JOÃO KLEBER DE ALMEIDA GENTILE,¹ DENIS FEITOSA RUIZ,² VLASSIOS MARANGOS JUNIOR,³ MARIA LUIZA ZANCANARO,³ ANDRÉ AUGUSTO CASTELLO ANDRADE,³ HAMILTON RIBEIRO BRASIL⁴

RESUMO

Introdução: A manifestação da doença meningocócica como um abdome agudo com peritonite meningocócica é rara. Relatamos um quadro de peritonite primária e bacteremia por *Neisseria meningitidis* do sorotipo C, ocorrendo em conjunto com o quadro de abdome agudo obstrutivo. **Relato de Caso:** Homem de 27 anos atendido com quadro de abdome agudo acompanhado de febre e parada de eliminação de gases e fezes há 3 dias, sendo o estudo radiológico mostrando apenas níveis hidroaéreos de delgado. O exame físico apresentava sinais de peritonite. Indicado laparotomia exploradora que evidenciou apenas bridas espessas e secreção purulenta intrabdominal, sendo enviado o material para cultura mostrando a presença de *Neisseria meningitidis* peritoneal. Evoluiu com meningite com meningococcemia após 48 horas. **Conclusão:** Embora seja uma causa etiológica rara de peritonite aguda, a infecção por *Neisseria meningitidis* deve ser aventada em casos de peritonite na emergência.

Unitermos: Peritonite, *Neisseria meningitides*, Abdome Agudo.

SUMMARY

Background: The initial manifestation of meningococcal disease as an acute abdomen with meningococcal peritonitis is rare. We describe a case for primary peritonitis and bacteremia caused by *Neisseria meningitidis* serotype C occurring in conjunction with the obstructive acute abdomen. **Case Report:** Man with 27 years-old look for assistance with acute abdomen associated with fever and absence of flatus and evacuation for 3 days and radiological study with stool showing air-fluid levels. The physical examination showed signs of peritonitis. Indicated laparotomy which showed only thick flanges and intrabdominal purulent material culture to show the presence of *Neisseria meningitidis* peritoneal being sent. Evolved to meningitis with meningococcemia after 48 hours. **Conclusion:** Although rare etiological cause of acute peritonitis, the infection with *Neisseria meningitidis* be suggested as in emergency cases of peritonitis.

Keywords: Peritonitis, *Neisseria meningitidis*, Acute, Abdomen.

1. Médico Assistente do Pronto-Socorro e Enfermaria Cirúrgica do Hospital Geral de Guarulhos (HGG). **2.** Médico Assistente do Pronto-Socorro do Hospital Geral de Guarulhos (HGG). **3.** Acadêmicos da Faculdade de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo (FM-UNICID). **4.** Diretor do Departamento de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Guarulhos (HGG). Mestre em Cirurgia pelo Departamento de Cirurgia Geral da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP). **Endereço de correspondência:** João Kleber de Almeida Gentile - Hospital Geral de Guarulhos (HGG) - Alameda dos Lírios, 300 - Parque Cecap - Guarulhos - SP - CEP 07190-012 / **e-mail:** joaokleberg@gmail.com **Recebido em:** 22/10/2015. **Aprovado em:** 29/04/2015.

INTRODUÇÃO

A manifestação da doença meningocócica como um abdome agudo com peritonite meningocócica é rara. Relatamos um quadro de peritonite primária e bacteremia por *Neisseria meningitidis* do sorotipo C, ocorrendo em conjunto com o quadro de abdome agudo obstrutivo.

RELATO DE CASO

Um homem de 27 anos, brasileiro deu entrada no departamento de emergência com dor abdominal difusa de forte intensidade, acompanhada de parada de eliminação de gases e fezes há 3 dias e febre de 38,3°C há 24 horas.

Como antecedentes havia passado de laparotomia prévia há sete anos por apendicite aguda. Negava outros sintomas, história de viagens recentes ou antecedentes de doenças infectocontagiosas. Não havia história de uso recente de medicações ou internações. Negava consumo de álcool ou drogas ilícitas.

No exame, apresentava-se confuso, agitado, desidratado com sinais clínicos de sepse. Estava febril (38,3°C), taquicárdico (112 batimentos por minuto), taquipneico (20 respirações por minuto) e hipotenso (90x50 mmHg).

O abdome apresentava cicatriz de laparotomia infraumbilical prévia, muito distendido, doloroso difusamente, hipertimpânico e com descompressão brusca positiva. Sem evidência ou sinais clínicos de hepatopatia ou ascite. Toque retal era normal sem evidência de sangramento ou muco nas fezes.

A investigação inicial apresentava leucocitose (18.600 leucócitos com 11% de bastões), gasometria com sinais de acidose metabólica, proteína C reativa elevada (38,6 mg/L) e radiografia de abdome com níveis hidroaéreos em delgado, sem evidência de pneumoperitônio.

A tomografia de abdome evidenciava apenas distensão de alças de delgado e pequena quantidade de líquido livre na cavidade abdominal. Exame de urina e eletrólitos sem alterações.

Os diagnósticos diferenciais para o caso eram abdome agudo inflamatório com peritonite difusa e abdome agudo obstrutivo.

Paciente recebeu tratamento com expansão volêmica adequada 20 ml/kg e antibioticoterapia com ciprofloxacino 400 mg de 12/12 horas e metronidazol 500 mg de 8/8 horas conforme o protocolo da instituição.

Foi encaminhado para laparotomia exploradora de urgência após 24 horas da entrada no serviço de emergência.

Os achados intraoperatórios foram apenas de distensão de alças de delgado com presença de bridas espessas, e líquido purulento espesso na cavidade abdominal em pelve.

No inventário da cavidade não foi observado bloqueio, abscesso organizado bem como perfuração de vísceras ocas sem causa identificável para a origem do pus. Foi realizada a lise das bridas de delgado e coleta do líquido purulento para cultura.

O resultado da cultura do líquido peritoneal era positivo para *Neisseria meningitidis* do grupo C, sendo confirmado por reação de cadeia de polimerase (PCR). O antibiograma era sensível à ceftriaxona, meropenem e rifampicina.

Evoluiu no 2º pós-operatório com piora da confusão mental e sinais meníngeos positivos, além de petéquias difusas e plaquetopenia (88.000 plaquetas/mm³) sendo realizada coleta do líquido cefalorraquidiano (LCR) com resultado também positivo para *Neisseria meningitidis* grupo C (diplococcos gram-negativos). O que diferencia do LCR era de 33.000 células/mm³ (até 5 células/mm³), sendo 79% de neutrófilos, 6 hemáceas (até 0/mm³), proteínas totais 172 mg/dL (até 40 mg/dL) e glicose 1 mg/dL (40-80 mg/dL).

Paciente foi encaminhado para a unidade de terapia intensiva (UTI) com diagnóstico de meningite com meningococemia, onde foi iniciado tratamento com ceftriaxona 1 grama de 12/12 horas e evoluiu com melhora do quadro neurológico e abdominal após 72 horas.

DISCUSSÃO

Neisseria meningitidis é um diplococo gram-negativo descrito em 1887, sendo uma importante causa de meningite e bacteremia meningocócica em todas as idades. A via de disseminação da bactéria se dá pela nasofaringe com disseminação hematogênica para as meninges ou outros órgãos.

A *N. meningitidis* não é parte da flora gastrointestinal normal, sendo isolado apenas em culturas de secreção retal em associação com transmissão sexual.

Peritonite meningocócica espontânea tem sido descrita em pacientes com ascite preexistente, porém ainda pouco compreendida em pacientes sem doença hepática preexistente.

O primeiro caso foi descrito em 1917 por Moeltoen¹ e um segundo caso, com características de um abscesso apendicular, relatado em 1938 por Turchetti.² Em todos os casos, a peritonite foi associada à infecção meningocócica em outros sítios à distância.

Kelly, em 2004, relatou um caso de peritonite por *N. meningitidis* diagnosticado pós-laparotomia por peritonite aguda semelhante ao relatado.³

A teoria que pode explicar o mecanismo fisiopatológico para esta condição é a disseminação da bactéria por via hematogênica; entretanto, pacientes com ascite e hepatopatia à translocação bacteriana pode justificar o isolamento da bactéria no peritônio.^{4,5,6}

CONCLUSÃO

Embora seja uma causa etiológica rara de peritonite aguda, a infecção por *Neisseria meningitidis* deve ser aventada em casos de peritonite na emergência.

REFERÊNCIAS

1. Moeltoen MH. Meningokokkenperitonitis. Zentralbi Chir. 1917;44:94.
2. Turchetta A. Considerazioni cliniche su un caso di peritonite meningococcica circoscritta in adulto apparentemente idiopatica. Minerva Med. 1938;(2):570.
3. Kelly SJ and Robertson RW. Neisseria meningitidis peritonitis. ANZ Journal of Surgery. 2004;74:182-183. doi: 10.1046/j.1445-1433.2003.02850.x.
4. Bar-Meir S, Chojkier M, Groszmann RJ, Atterbury CE and Conn HO. Spontaneous meningococcal peritonitis. The American Journal of Digestive Diseases. 1978;23(2):119-122.
5. Wendlandt D, King B, Zielbell C and Milling T. Atypical presentation of fatal meningococcemia: peritonitis and paradoxical centrifugal purpura fulminans of late onset. The American Journal of Emergency Medicine. 2011;29(8):960.
6. Kelly SJ and Robertson RW. Neisseria meningitidis peritonitis. ANZ Journal of Surgery. 2004;74(3):182-183.