



Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:

Resumo

Relato de Caso

SÍNDROME DE LYME – RELATO DE CASO

AUTOR PRINCIPAL: Ana Paula da Silva Uriarte

CO-AUTORES: Ana Cristina Ávila de Souza, Emanuelle Rieger Braga, Júlia Carolina Barbosa Garcia

ORIENTADOR: Cristine Pilati Pileggi Castro

UNIVERSIDADE: Universidade de Passo Fundo

INTRODUÇÃO

Apresentamos um caso de borreliose com manifestações neurológicas compatíveis com Doença de Lyme. Trata-se de uma doença infecciosa transmitida por carrapatos e causada pela *Borrelia burgdorferi*. Ocorre em qualquer faixa etária, em ambos os sexos, descrita amplamente nos Estados Unidos, Europa e Ásia.

A investigação da Doença de Lyme no Brasil não é comum, devido à sua baixa incidência; São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Norte e Amazonas têm relatado casos isolados. Objetivamos, portanto, informar os profissionais da área da saúde acerca do quadro clínico dessa doença, evitando, dessa forma, seu subdiagnóstico.

DESENVOLVIMENTO:

Trazemos a história de uma paciente feminina, branca, de 17 anos, estudante, procedente de Cruz Alta, que apresentou crise convulsiva tônico-clônica inédita, quadro de alteração comportamental, febre vespertina diária nos últimos 60 dias, cefaleia holocraniana, tremores finos e emagrecimento de

12kg. No exame físico, observou-se arreflexia difusa e rigidez nucal discreta, lesão hiperemiada no quadril à direita e lesões de pele difusas papulares.

Na Ressonância Magnética (RMN) de encéfalo, foi evidenciado um hipersinal em leptomeninge, com hipercaptação do contraste, em base encefálica sem sinais de hipertensão intracraniana. Realizada punção liquórica com presença de 86 céls/mm³, 97% mononucleares, hipoglicorraquia e aumento das proteínas líquóricas (247mg/dL). Descartados, através de sorologias específicas séricas e líquóricas, casos agudos ou reativações de toxoplasmose, HIV, citomegalovirose, *Epstein Barr*, *Herpes simples*, *Herpes zoster*, *Cryptococcus neoformans* e tuberculose. FAN HEp-2 e anti-cardiolipina IgG e IgM não reagentes. Líquor negativo para células neoplásicas. IgG para *Borrelia burgdorferi* não reagente e IgM indeterminado. Investigada também para deficiências imunológicas inatas, sendo detectado e confirmado déficit seletivo de IgA.

A paciente foi tratada empiricamente com Aciclovir e Ceftriaxona associada à Doxiciclina, sendo mantida apenas a Doxiciclina após as sorologias IgG e IgM específicas, em 6 semanas, positivarem para *B. Burgdorferi*. A Doxiciclina foi utilizada por oito semanas com melhora significativa do quadro clínico, laboratorial e líquórico.

A borreliose apresenta-se em três fases clínicas: lesão precoce localizada na pele, doença disseminada aguda e persistência em tecidos. O comprometimento cutâneo típico é o Eritema Migrans (EM) e lesões difusas eritematosas, geralmente acompanhado de sintomas influenza-like (fadiga, febre, cefaleia, mialgia). Também pode ser observada presença de irritação meníngea ou encefalopatia leve que persistem por horas e sem pleocitose do LCR ou déficit neurológico específico. Nas fases mais tardias, pacientes não tratados podem desenvolver neuropatia, cardiopatia e artropatia. Cerca de 15% dos pacientes não tratados desenvolvem alterações neurológicas francas, como meningite, encefalite e outros, apresentando uma pleocitose linfocítica no LCR e rigidez de nuca.

As alterações laboratoriais mais comuns iniciais são elevação do VHS, dos níveis séricos de IgM e TGO. Os pacientes podem apresentar anemia e leucocitose. A cultura é o padrão ouro mas é pouco disponível na rotina e o organismo pode ser isolado a partir do sangue em uma minoria de pacientes.

Técnicas especiais para a coloração de tecidos têm baixo rendimento e também não estão disponíveis na rotina. Na rotina, a determinação de anticorpos específicos, realizados por ELISA, é um teste diagnóstico útil. No soro, anticorpos IgM específicos normalmente atingem o pico entre a terceira e a sexta semanas do contágio e anticorpos IgG específicos após 5 semanas. A terapia poderá ser realizada com penicilina cristalina ou tetraciclinas, sendo que as cefalosporinas de terceira geração também são ativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Neste caso, demonstramos a importância da pesquisa de agentes atípicos relacionados com meningoencefalites crônicas linfocitárias. Apesar dos títulos de IgG e IgM terem sido referidos como não reagente e indeterminado, respectivamente, ao início do quadro, sabe-se que estes levam mais tempo para se elevar, o que permite o tratamento empírico para borreliose. Mais tarde, com a confirmação do diagnóstico, foi possível direcionar o tratamento de forma específica.

Os autores acreditam que, devido à dificuldade de acesso aos exames e pela possível subnotificação dos casos, estes são escassos no Brasil. Nosso objetivo é, portanto, atentar para que casos de quadro clínico típico, com lesões similares ao EM, principalmente naqueles que evoluem com sintomas neurológicos, cardíacos e articulares, não passem despercebidos e deixem de ser diagnosticados.

REFERÊNCIAS

1. Goldman, L; Ausiello, D. *Cecil: Tratado de Medicina Interna*. 23ª edição. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2009. p. 2640-2646.
2. Centers For Disease Control And Prevention. *Lyme Disease*. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/lyme/index.html>>. Acesso em: 24 de ag. 2015.
3. Hu, L. *Clinical Manifestations of Lyme Disease in Adults*. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-lyme-disease-in-adults>>. Acesso em: 24 de ag. 2015.

ANEXOS



(RMN de Encéfalo – 20/05/2015)