

Mielite Transversa Associada a Infecção por *Mycoplasma Pneumoniae*: Caso Clínico

PAULO GUIMARÃES, FERNANDA TEIXEIRA, MARIA JOSÉ OLIVEIRA, TERESA TEMUDO, GOMES DA COSTA

Serviço de Pediatria – Hospital Geral de Santo António

Resumo

Mycoplasma pneumoniae é um agente infeccioso frequentemente implicado em infecções respiratórias em crianças e adolescentes. Complicações não respiratórias podem ocorrer, nomeadamente mucocutâneas, cardíacas, articulares, hematológicas e neurológicas, entre as quais a mielite transversa. Esta é uma entidade relativamente rara em idade pediátrica, embora potencialmente grave. Apesar da sua patogenia ser desconhecida, tem sido associada a infecção (nomeadamente vírica ou por micoplasma), lupus eritematoso disseminado ou imunização prévia.

Os autores apresentam o caso clínico dum rapaz de 10 anos, que após uma infecção respiratória apresentou paraparésia flácida com nível sensitivo medular. Perante a apresentação clínica e as alterações verificadas na ressonância magnética nuclear da medula espinhal, foi diagnosticada uma mielite transversa. A sua associação com infecção por *M. pneumoniae* foi baseada na clínica e na detecção de anticorpos específicos no sangue e no líquido. Após tratamento com dexametasona e fisioterapia, verificou-se uma recuperação quase completa.

Consideramos relevante a apresentação deste caso para alertar os Pediatras para a associação de sintomatologia severa aguda do sistema nervoso central e infecção por *M. Pneumoniae*.

Palavras-Chave: Mielite transversa, *Mycoplasma pneumoniae*, Criança.

Abstract

Mycoplasma pneumoniae is a frequent cause of respiratory tract infection in children and adolescents. Mucocutaneous, cardiac, articular, hematologic and neurologic complications are also described. Transverse myelitis is a relatively rare pediatric condition, but potentially devastating. Although its pathogenesis is usually not known, it is associated with preceding viral or mycoplasma infection, systemic lupus erythematosus and immunization.

The authors present a case report of a ten-year-old boy who developed flaccid paraparesis and a spinal sensory level after a respiratory tract infection. Based on clinical presentation and magnetic resonance imaging changes in the spinal cord, the diagnosis of transverse myelitis was made. Association with *M. pneumoniae* was based on clinical and presence of specific antibodies in serum and cerebrospinal fluid. After treatment with dexamethasone and physiotherapy, the child's recovery was almost complete.

We report this case to alert physicians to the association of severe acute central nervous system symptomatology and *M. pneumoniae* infection.

Key-Words: Transverse myelitis, *Mycoplasma pneumoniae*, Children.

Introdução

O *Mycoplasma pneumoniae* é um agente infeccioso frequentemente implicado em infecções respiratórias em crianças e adolescentes. Complicações não respiratórias têm sido descritas^(1, 2), nomeadamente mucocutâneas (eritema multiforme, eritema nodoso, síndrome de

Stevens-Johnson), cardíacas (miocardite, pericardite), articulares (artrite), hematológicas (anemia hemolítica, trombocitopenia, coagulação intravascular disseminada), e neurológicas. Estas últimas podem ocorrer com ou sem sintomas respiratórias acompanhantes. A sua incidência está estimada entre dois e cinco por cento, sendo a meningoencefalite a mais frequente; tem sido também referidas associações com meningite asséptica, mielite transversa, síndrome de Guillain-Barré, ataxia cerebelosa aguda, neuropatia dos nervos craneanos, enfarte cerebral^(2, 3).

A Mielite Transversa Aguda (MTA) é uma entidade relativamente rara em pediatria. A sua patogenia permanece incerta, sendo provável um mecanismo imunológico^(2, 4). Tem sido descritas associações a infecção vírica ou a micoplasma, imunização, ou lupus eritematoso disseminado⁽²⁾.

Apresentamos um doente com MTA, no qual foram detectados anticorpos específicos para *Mycoplasma pneumoniae* no sangue e no líquido, sugerindo infecção recente.

Caso Clínico

Rapaz de dez anos de idade, previamente saudável até uma semana antes da admissão hospitalar, quando surgiu tosse e febre moderada.

Na véspera da admissão queixava-se de lombalgias e dor no membro inferior direito, a qual se agravou ao longo do dia, dificultando progressivamente a marcha, que perdeu num intervalo de 24 horas. Referia ainda sensação de fraqueza e de adormecimento do mesmo membro. Sem história de traumatismo ou de imunização recente.

Ao exame objectivo apresentava temperatura axilar de 38,2°C, estando os restantes parâmetros vitais com valores dentro da normalidade.

O exame neurológico revelou um doente consciente, colaborante e orientado no espaço e no tempo. Apresentava paraparésia de grau três em cinco, movimentando os membros inferiores em sentido contrário ao da gravidade, mas não contra a resistência imposta pelo examinador; membros superiores com força muscular conservada. Reflexo aquiliano direito diminuído, estando normais os restantes reflexos osteotendinosos. Reflexo cutâneo-plantar direito ausente. Diminuição da sensibilidade álgica abaixo do nível D₄-D₆ com sensibilidade postural conservada. Restante exame neurológico normal. Sem alterações esfíncter-rianas.

Dos estudos analíticos efectuados, o líquido céfalo-raquídeo (LCR) apresentava 80 leucócitos (38% polimorfonucleares, 62% mononucleares), 548 eritrócitos, 92 mg/dl de proteínas e 65 mg/dl de glicose. O hemograma, a glicemia e a proteína C reactiva eram normais.

Perante este quadro clínico, o diagnóstico de mielite transversa foi colocado e confirmado por Ressonância Nuclear Magnética, que mostrou um sugestivo espessamento de toda a região dorsal da medula (sobretudo médio-dorsal), eliminando as hipóteses de lesão tumoral ou de malformação vascular (Figura 1).

Iniciou então corticoterapia com dexametasona (0,3 mg/kg/dia).

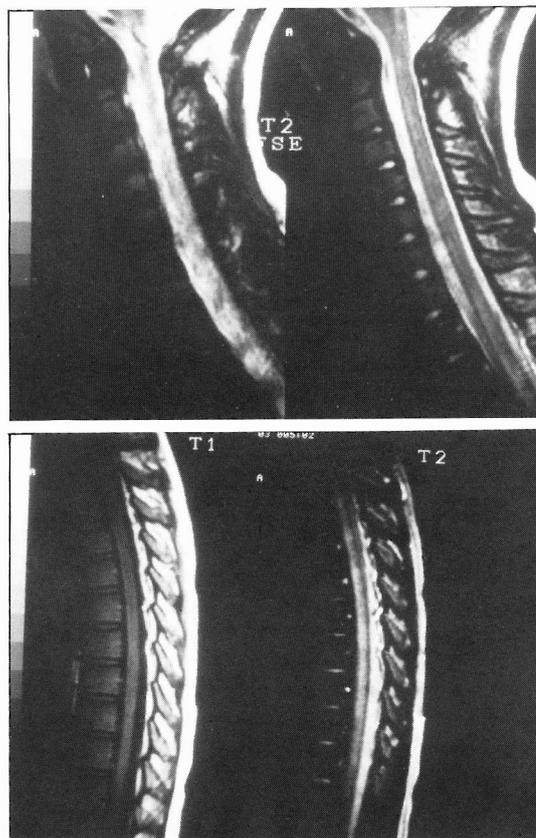


FIG. 1 – Ressonância magnética medular em corte sagital em T1 e T2, mostrando espessamento desde a região cervical até ao cone medular (sobretudo médio-dorsal), acompanhado por extenso hipersinal em T2.

Nos dias seguintes a situação agravou-se, surgindo retenção urinária e obstipação ao segundo dia de internamento; no terceiro dia, agravamento da paraparésia (grau zero), ausência de reflexos osteotendinosos nos membros inferiores (rotulianos e aquilianos) e de reflexos cutâneo-plantares bilateralmente; no quinto dia, perda de sensibilidade profunda.

Foi efectuada nova punção lombar ao sétimo dia de internamento, mostrando LCR com 58 leucócitos (2 polimorfonucleares, 24 mononucleares, 32 células não identificadas), 46 eritrócitos, 16 mg/dl proteínas e 66 mg/dl de glicose.

Após duas semanas de internamento, o doente tinha atrofia muscular nos membros inferiores, surgindo os primeiros sinais de recuperação, com ligeiros movimentos a esse nível. Com um mês de internamento, apresentava já controle esfíncteriano normal e com cinco semanas recuperou a sensibilidade profunda e os reflexos rotuliano e cutâneo-plantar esquerdos. Com seis semanas de evolução da doença surgiu espasticidade e com sete semanas de internamento deu os primeiros passos com apoio, sendo transferido para um centro especializado em reabilitação de doentes paraplégicos.

Efectuou-se terapêutica com dexametasona nos primeiros doze dias, fisioterapia, sondagem vesical, medidas de prevenção de úlceras de decúbito e medicação anti-espástica após instalação da espasticidade.

Os resultados dos estudos serológicos efectuados encontram-se nos quadros I e II.

Oito meses após o início da sintomatologia, o doente apresentava marcha normal, mantendo apenas ao exame neurológico hipostesia do pé e da face externa da perna direita.

QUADRO I
Serologias

	Sangue	LCR
Herpes I e II	negativa	negativa
Varicela-zoster	negativa	
CMV	negativa	negativa
EBV	negativa	
Coxsackievírus B	negativa	
Adenovírus	negativa	negativa
Treponema Pallidum (VDRL, FTA-ABS)	negativa	negativa
Bruceia (Rosa Bengala)	negativa	negativa
Rickettsia (Weil-Felix)	negativa	
Borrelia	negativa	negativa
Hepatite B, C	negativa	
HIV _{1e2}	negativa	

QUADRO II
Serologias do *Mycoplasma pneumoniae*

Internamento	IgM	IgG	IgM	IgG
Dia 1	2,8(+)	0,4(-)	2,4(+)	0,5(-)
Dia 7	3,0(+)	0,4(-)	2,9(+)	0,6(-)
Dia 42	>3(+)	0,5(-)		

Discussão

A MTA, rara em idade pediátrica, é uma situação potencialmente grave.

Em cerca de um terço dos casos, regista-se uma infecção vírica precedente.

Entre os sintomas iniciais, incluem-se dores na região dorso-lombar, parestesias e fraqueza dos membros inferiores. Esta fraqueza progride rapidamente, em dois a três dias para paraplegia, geralmente acompanhada por perda de sensibilidade e do controle esfíncteriano. A paralisia é inicialmente flácida, mas gradualmente torna-

-se espástica. Há perda de sensibilidade superficial (táctil, álgica e térmica), com nível sensitivo geralmente presente na região médio-torácica, podendo a sensibilidade profunda (postural e vibratória) estar preservada.

O exame do LCR mostra um pleocitose predominantemente mononuclear, sendo a proteinorráquia normal ou ligeiramente elevada.

A Ressonância Magnética Nuclear substituiu a mielografia como exame imagiológico de escolha numa criança que apresenta paralisia flácida aguda⁽⁵⁾, revelando nestes casos um ligeiro edema fusiforme da região afectada. Este exame contribui ainda para excluir diagnósticos diferenciais como abscesso epidural, neoplasia ou malformação vascular. Outro diagnóstico a ser considerado é o Síndrome de Guillain-Barré, distinguindo-se a MTA pelo nível sensitivo bem definido.

A patogenia permanece desconhecida, embora uma reacção auto-imune seja frequentemente considerada^(2,4). O facto da intercorrência infecciosa geralmente ocorrer cerca de uma semana antes do início da sintomatologia neurológica, reforça essa hipótese⁽³⁾. A associação do *M. pneumoniae* com disfunção do sistema nervoso central tem sido baseado essencialmente em dados clínicos e serológicos a partir de amostras seriadas de sangue⁽⁶⁾. É extremamente difícil isolar esse organismo no LCR, sendo raros os casos publicados em que tal se verificou⁽²⁾.

O uso de corticosteróides permanece controverso, sendo a resposta incerta, mesmo quando iniciados precocemente^(2,7). Atendendo à provável etiologia auto-imune, a corticoterapia é uma opção aceitável, não se justificando provavelmente a antibioticoterapia.

Relativamente ao prognóstico, um terço dos doentes recuperam completamente, cerca de metade recuperam parcialmente, enquanto os restantes ficam com sequelas neurológicas graves⁽²⁾.

Pretende-se com este caso clínico alertar os Pediatras para a associação de sintomatologia aguda severa do sistema nervoso central e infecção respiratória por *M. pneumoniae*.

BIBLIOGRAFIA

1. Bandeira T, Guimarães J, Barreto C, Amaral I, Lopes R, Pinto LM. Infecções respiratórias baixas. In: Dias PG, ed. Temas de infectologia pediátrica. 2.ª edição. Lisboa: Glaxo Farmacêutica, 1993: 305-57.
2. Mills RW, Schoolfield L. Acute transverse myelitis associated with *Mycoplasma pneumoniae* infection: a case report and review of the literature. *Pediatr Infect Dis J* 1992; 11: 228-31.
3. Fernandez CV, Bortolussi R, Gordon K, Lee SHS, Gatién JG, Shahdrabadi MS. *Mycoplasma pneumoniae* infection associated a central nervous system complications. *J Child Neurol* 1993; 8: 27-31.

4. MacFarlane P, Miller V. Transverse myelitis associated with *Mycoplasma pneumoniae* infection. *Arch Dis Child* 1984; 59: 80-2.
5. Packer RJ, Zimmerman RA, Sutton LN, et al. Magnetic resonance imaging of spinal cord disease of childhood. *Pediatrics* 1986; 18: 251-6.
6. Klimek JJ, Russman BS, Quintiliani R. *Mycoplasma pneumoniae* meningoencephalitis and transverse myelitis in association with low cerebrospinal fluid glucose. *Pediatrics* 1976; 58: 133-5.
7. Haslam RHA. Spinal cord disorders. In: Beharman RE, Kliegman RM, Arvin AM, eds. *Nelson – Textbook of Pediatrics*. 15th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1996: 1736-8.

Correspondência: Paulo Guimarães
Serviço de Pediatria
Hospital Geral de Santo António
4050 Porto