

MIELITE PÓS-VARICELA

EHRENFRIED O. WITTIG *
JOSÉ FARIA RATTON **
LAMARTINE O. MORAES ***

A varicela é enfermidade geralmente benigna, causada por vírus específico, o *herpesvirus varicellae*, dotado de alta contagiosidade, isolável no sangue, líquido vesicular ou secreção buco-faríngea¹³. Os vírus da varicela e do herpes zoster guardam relação íntima, não havendo atualmente possibilidade de sua diferenciação. A sintomatologia habitual da varicela pode associar-se a comprometimento de outros aparelhos ou sistemas. A complicação neurológica poderá ser determinada por lesão encefálica^{3, 9, 11, 14, 15}, medular¹², meníngea⁷, ou radicular⁴, sendo sua incidência de aproximadamente 0,1%. A encefalite é a complicação neurológica mais freqüente e constitui aproximadamente 90% dos casos³. As manifestações neurológicas podem preceder, acompanhar ou suceder ao quadro exantemático mas, freqüentemente, sucedem-no após 7 a 10 dias em média, com uma mortalidade de 5%. Sequelas neuro-psíquicas persistem em 15% dos pacientes. A recuperação habitualmente não é imediata. Em geral não existe relação entre os achados liquóricos e a intensidade de sintomas. Convulsões, coma, broncopneumonia e acometimento na idade adulta agravam o prognóstico.

Relataremos um caso de mielite pós-varicela, chamando atenção para esta possibilidade como etiologia das mielites agudas.

OBSERVAÇÃO

M.C.A., com 17 anos de idade, sexo masculino, branco, procedente de Toledo, Estado do Paraná, internado em 24-8-1968 (R.G. 503.745). História clínica iniciada 20 dias antes, com quadro característico de varicela. Após 10 dias manifestaram-se parestesias nos pés e, nas horas seguintes, déficit sensitivo e motor de caráter ascendente, com nível superior na altura do apêndice xifóide. A deficiência teve curso progressivo durante 6 dias, ao fim dos quais o paciente estava paraplégico; no decurso da enfermidade apresentou incontinência esfintéfrica e, durante algumas noites, dificuldade para conciliar o sono. Concomitante ao seu quadro variceloso 8 membros de sua família também contraíram varicela. *Exame neurológico* — Paraplegia crural sensitivo-motora, com anestesia até o nível do apêndice xifóide; hiperreflexia profunda nos membros inferiores; sinal de Babinski bilateralmente; ausência de reflexos cutâneo-abdominais; hipotonia muscular nos membros inferiores e abdomen; incontinência esfintéfrica, escaras sacra e trocântéricas.

Da Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina, Universidade do Paraná (Prof. Rúbens de Lacerda Manna): * Assistente voluntário; ** Instrutor de ensino; *** Doutorando..

Exames complementares — *Exame do líquido cefalorraqueano* (só foi verificada a citologia) 10 células por mm³, sendo 90% de mononucleares e 10% de polinucleares. *Eletroforese no sangue*: proteínas 6,2 mg%, com discretas hipoproteïnemia, hipalbuminemia e aumento do teor de alfa-2 globulina. *Radiografia do tórax* normal. *Imunoeletroforese do sangue*: IgG normal, IgM aumentada, IgA ausente.

Evolução — Nas primeiras semanas houve alguns surtos febris, com recuperação progressiva da sensibilidade e força muscular, conseguindo o paciente deambular independentemente após 60 dias de internação. Foi medicado com ACTH nos primeiros dias e, posteriormente, com corticóides por via oral, assim como com antibióticos para controlar a infecção urinária. Por ocasião da alta (90 dias de internação) era pequeno o déficit de força nos membros inferiores, sendo mais nítido no membro inferior esquerdo; no pé esquerdo o déficit ainda era total com discreta hipostesia no dorso; a bexiga ainda apresentava manifestações espásticas; edema nos membros inferiores. Durante a internação novos exames complementares deram os seguintes resultados: *Líquido cefalorraqueano* normal; *Cultura de urina*: bacilos com caracteres bioquímicos de *B. Coli*, com contagem de colônias superior a 10⁵ ml/urina. *Eletrencefalograma*: sinais de sofrimento cerebral discreto e difuso no hemisfério direito.

COMENTÁRIOS

Após a publicação de Marfan (1893) citado por Gerbaut e col.⁸, relatando um caso de mielite pela varicela, foram referidos outros casos destas manifestações que, na realidade, são raras. Underwood¹⁹, revendo a literatura até 1935, conseguiu coletar 120 casos de complicações neurológicas pela varicela, dentre os quais 11 apresentavam manifestações medulares. A este trabalho seguiu-se a revisão de Miller e col.¹⁶, abrangendo o período de 1935 até 1953, na qual foram reunidos 134 casos, entre os quais 4 com alterações medulares. Após esta data novos relatos tem sido feitos, como os de Bougthon^{1, 2}, que, em 39 complicações, encontrou três com comprometimento medular. Casos isolados também foram citados, como os dois de Gerbaut e col.⁸, um de Sacrez e col.¹⁸, um de White²⁰, um de Chava⁵. Portanto, em mais de três centenas de casos de complicações neurológicas pela varicela, pudemos encontrar 20 casos de mielopatias, o que constitui aproximadamente 5% do total. A idade dos pacientes variou de 2 a 34 anos, com manifestações pós-exantemáticas surgindo entre um a 13 dias, sendo que, em todos os casos, o exantema precedeu a mielopatia. Em relação ao sexo, houve nítido predomínio do masculino. A evolução, com raras excessões foi favorável. A sintomatologia nada apresentou de característica, sendo semelhante àquela de outras mielites agudas infecciosas. O quadro pode evoluir sob a forma de mielite transversa, quase sempre com limite superior lombar, ou ascendente, atingindo a região cervical, às vezes entendendo-se ao troco cerebral.

Habitualmente o comprometimento é sensitivo-motor, recuperando-se mais facilmente o déficit sensitivo. Conforme já demonstraram vários autores, o comprometimento cerebral nem sempre se traduz clinicamente, mas pode frequentemente ser demonstrado eletrencefalograficamente sendo, pois, bem maior o comprometimento cerebral do que aquêlo que se poderia supor clinicamente.

O caso aqui relatado apresentou as mesmas características daqueles descritos anteriormente. As alterações eletrencefalográficas confirmam as observações de Gibbs e col.¹⁰ e Doutlik e Janda⁶ uma vez que nosso paciente não apresentou qualquer sintoma de acometimento encefálico. Este fato demonstra a necessidade de uma investigação eletrencefálica nos casos de mielites agudas de origem infecciosa. As alterações da imunoetroforese e eletroforese não nos permitem uma correlação com os fenômenos neurológicos uma vez que a infecção estará com certeza interferindo no resultado. As alterações anátomo-patológicas no sistema nervoso se caracterizam por edema, congestão e petéquias; microscópicamente são encontradas hemorragias perivascularares, infiltração linfocitária, desmielinização secundária. Não está ainda definitivamente estabelecido se estas alterações são decorrentes de agressão direta do vírus ou se elas dependem de outro mecanismo, sendo hoje mais aceita a teoria imuno-alérgica.

RESUMO

Os autores relatam um caso de mielopatia pós-varicela, realçando a pouca freqüência desta manifestação. A evolução foi favorável. O traçado eletrencefalográfico evidenciou ondas de sofrimento cerebral embora o paciente não apresentasse manifestações clínicas encefálicas. Os autores conseguiram coletar na literatura disponível apenas 20 casos semelhantes.

SUMMARY

Post-varicella myelitis

A case of myelopathy following varicella is reported. Although the electroencephalographic patterns were abnormal, with spikes and delta waves, no clinical manifestations of cerebral involvement were present. The course of the disease was favorable. In the available literature the authors were able to find 20 similar cases.

REFERÊNCIAS

1. BOUGHTON, C. R. — Varicella-Zoster in Sidney: neurological complications of varicella. *Med. J. Australia* 2:444, 1966.
2. BOUGHTON, C. R. — Varicella-Zoster in Sidney: herpes zoster complications. *Med. J. Australia* 2:502, 1966.
3. BATIN, R.; VERLIAC, F.; MAUGEY, F. & CHRISTOPHE, P. — Encéphalites des maladies éruptives. *Arch. franc. Ped.* 21:1073, 1964.
4. CHARLES, R. H. G. — Post varicella polyneuritis. *Brith. med. J.* 5439:908, 1956.
5. CHAVA, R. E. — Complications of chicken-pox. *Brit. med. J.* 5230:944, 1961.

6. DOUTLIK, S. & JANDA, V. — Episodic EEG activity in exanthematic parainfection encephalitis. *Conf. neurol.* 23:87, 1963.
7. FAUST, O. A. — Chicken-pox meningitis and encephalitis. *Arch. Ped.* 55:29, 1938.
8. GERBAUT, P.; HELLUY, R.; LORRAIN, J.; LETHOR, A. & JEANDIN, F. — Les myelites des maladies eruptives. *Rev. Med. Nancy.* 87:189, 1962.
9. GERBEAUX, J.; COUVREUR, J. & TRON, P. — Sur un cas d'encephalite de la varicelle survenue au cours d'une corticothérapie chez un enfant. *Arch. franc. Ped.* 20:1165, 1963.
10. GIBBS, F. A.; GIBBS, E. L.; CARPITER, P. R. & SPIES, H. W. — Electroencephalographic abnormalities in "uncomplicated childhood diseases". *J. Amer. Med. Ass.* 171:1050, 1959.
11. GOLDSTON, A. S.; MILLICHAP, J. G. & MILLER, R. M. — Cerebellar ataxia with preeruptive varicella. *Am. J. Dis. Child.* 106:197, 1963.
12. KRABBE, K. — Varicella myelitis. *Brain* 48:35, 1925.
13. KRUGMAN, S. & WARD, R. — *Enfermidades Infecciosas Infantiles. Terceira edição castelhana.* Editorial Interamericana S.A., 1965, pág. 1-17.
14. LEVIN, S. — Cerebellar ataxia following chicken-pox. *Lancet* 7136:1222, 1960.
15. LIPSETT, M. B.; DREIFUSS, F. E. & THOMAS, L. B. — Hipotalamic syndrome following varicella. *Am. J. Med.* 32:471, 1962.
16. MILLER, C.; STATON, J. B. & GIBBONS, J. L. — Parainfectious encephalomyelitis and related syndromes. *Quart. J. Med.* 25:427, 1956.
17. ROTEM, C. E. — Complications of chicken-pox. *Brith. med. J.* 5230:944, 1961.
18. SACREZ, R.; GRUNER, J. E.; TERRADE, E.; MASSON, A. & LAVILLAUREIX, J. — Étude de 28 cas d'encephalites aiguës de l'enfant observées en 11 ans (1952 a 1962) à la clinique de Pédatrie et de Puericulture de Strasburg. *Arch. franc. Ped.* 21:785, 1964.
19. UNDERWOOD, E. A. — The neurological complications of varicella: a clinic and epidemiological study. *Brit. J. Med.* 32:83, 1935.
20. WHITE, H. H. — Varicella myelopathy. *New England J. Med.* 226:772, 1962.