

## RELATO DE CASO

### Artrite séptica pelo *Haemophilus influenzae* subtipo não b: relato de caso

#### *Septic arthritis by *Haemophilus influenzae* not subtype b: case report*

Morgana Crispim<sup>1</sup>, Joice Manes<sup>2</sup>, André Pacheco Silva<sup>3</sup>, Osvaldo Vitorino<sup>4</sup>, Ana Maria Nunes de Faria Stamm<sup>5</sup>, Heda Mara Schimdt<sup>5</sup>

#### Resumo

*Haemophilus influenzae* é um microorganismo responsável por uma variedade de infecções, sendo que na maioria das vezes são causadas pelo subtipo b. Relatamos um caso de artrite séptica pelo subtipo não b, associada à meningite e piomiosite e sem evidência de fatores e condições predisponentes a infecção por esse agente. O paciente apresentou uma boa evolução clínica que foi atribuída a antibioticoterapia precoce e adequada.

**Descritores:** Artrite infecciosa. Meningite. Piomiosite. *Haemophilus influenzae*.

#### Abstract

*Haemophilus influenzae* is a microorganism responsible for a variety of infections, and most often are caused by subtype b. We report a case of septic arthritis by subtype not b, associated with meningitis and pyomyositis and no evidence of factors and conditions predisposing to infection by this pathogen. The patient had a clinical improvement was attributed to early and appropriate antibiotic therapy.

**Background:** Infectious arthritis. Meningitis. Pyomyositis. *Haemophilus influenzae*.

#### Introdução

A artrite séptica é uma infecção grave, que pode destruir a articulação e cartilagem articular se não for rapidamente diagnosticada e tratada <sup>(1)</sup>. Ela é classificada em gonocócica e não gonocócica. Entre esta última, o agente etiológico mais comum em adultos é o *Staphylococcus aureus*, enquanto as espécies de *Haemophilus* são causas raras desta afecção <sup>(2)</sup>.

#### Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 47 anos, branco, casado, auxiliar de serviços gerais, com história de início há uma semana com queda do estado geral, mialgia, emagrecimento, febre não aferida e cefaléia occipital associada a náuseas e vômitos pós-prandiais. Durante este período iniciou ainda com poliartralgia (tornozelo esquerdo, joelho, punho e interfalangeanas proximais do lado direito) e períodos de confusão mental. Há um ano, cirurgia prévia no ombro direito, e há três meses, em punho esquerdo, ambas devido a distúrbio osteomuscular por esforço repetitivo. Tabagista e etilista social negava o uso de drogas endovenosas. Ao exame físico da admissão estava em regular estado geral, anictérico, acianótico, desorientado no tempo, com expressão facial de dor, afebril e com PA = 130/90 mmHg, FC = 86 bpm, FR = 24 mrpm. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Presença de edema, eritema, calor e dor à mobilização ativa e passiva de punho direito e tornozelo esquerdo. Joelhos dolorosos à mobilização, mas sem flogose. Questionável rigidez de nuca. Exames complementares realizados na admissão evidenciavam hemograma com leucocitose e desvio a esquerda (Hb 15,1 g/dl; Ht 41,3 %; Leucócitos 18.420/mm<sup>3</sup>, com 4.420,8/mm<sup>3</sup> segmentados, 9.946,8/mm<sup>3</sup> bastões, 736,8/mm<sup>3</sup> linfócitos, 368,4/mm<sup>3</sup> monócitos, 2.578,8/mm<sup>3</sup> metamielócitos e 368,4/mm<sup>3</sup> mielócitos), plaquetopenia (35.000/mm<sup>3</sup>), tempo de atividade de protrombina com 57,9% de atividade, RNI de 1,3 e proteína C reativa de 420 mg/L. Sorologias para hepatite B e C, HIV, toxoplasmose, citomegalovírus e sífilis foram

1. Médica residente de Clínica Médica, do Hospital Universitário, da UFSC. Florianópolis /SC
2. Médica residente de Clínica Médica, do Hospital Universitário, da UFSC. Florianópolis /SC
3. Médico residente de Clínica Médica, do Hospital Universitário, da UFSC. Florianópolis /SC
4. Professor Adjunto, do Departamento de Clínica Médica, localizado no Hospital Universitário, na UFSC. Especialista em Infectologia e Mestre em Saúde Pública. Florianópolis /SC
5. Professora Associada do Departamento de Clínica Médica, localizado no Hospital Universitário, na UFSC. Especialista e Mestre em Medicina Interna. Doutora em Engenharia de Produção. Florianópolis /SC
6. Médica do Hospital Universitário, da UFSC, e do Hospital Nereu Ramos (Doenças Infectocontagiosas). Especialista em Medicina Interna e Pneumologia. Florianópolis /SC

negativas. O parcial de urina não apresentava alterações, e a radiografia de tórax estava dentro dos parâmetros da normalidade. Após a coleta de material para cultura (sangue, urina, secreção uretral e líquido sinovial de punho direito) foi iniciado antibioticoterapia empírica (ceftriaxone, 2 gramas EV/dia), tendo como base o quadro sugestivo de artrite séptica. O líquido sinovial apresentava aspecto purulento, citologia prejudicada por amostra coagulada e a bacterioscopia revelou a presença de muitos bacilos gram negativos curtos e cocóides; tais bacilos também foram identificados na bacterioscopia do sangue periférico coletado na admissão hospitalar. A cultura da secreção uretral e urocultura foram negativas. No terceiro dia de internação o paciente estava torporoso e com sinais de rigidez de nuca. A punção lombar pós-tomografia computadorizada (TC) de crânio, com resultado normal, apresentou líquido xantocrômico, citologia com 3.076 células/mm<sup>3</sup> (90% de polimorfonucleares e 10 % de monomorfonucleares) e 288 hemácias/mm<sup>3</sup>, LDH 3.480 U/L, glicose 3 mg/dl, proteínas 342 mg/dl, ADA 24 U/L, bacterioscopia negativa. Por serem dados compatíveis com meningite bacteriana a dose do antibiótico foi ajustada (ceftriaxone 2 gramas EV 12/12 horas) para cobertura do sistema nervoso central. A cultura do líquido e o látex para germens comuns foram negativas.

Nessa ocasião, o ecocardiograma realizado não evidenciou trombos ou vegetações valvares, e a ultrassonografia (USG) abdominal não demonstrou alterações. Durante a internação o paciente evoluiu com dor e edema em panturrilha esquerda. Solicitado USG com Doppler que evidenciou uma fina lâmina de coleção entre as fibras musculares, na face medial da perna esquerda, sem possibilidade de punção e sem evidência de trombose venosa profunda. Após uma semana da admissão iniciou com quadro de artrite da articulação esterno-clavicular direita.

Ao completar doze dias de internação hospitalar foi isolada e identificada a bactéria *Haemophilus influenzae* não b, beta lactamase negativo, tanto nas hemoculturas quanto no líquido sinovial coletados na admissão. O paciente evoluiu com melhora do quadro de meningite, artrite e piomiosite, apresentando queda gradual da proteína C reativa durante a internação (PCR da alta hospitalar = 16,7 mg/L), sendo encaminhado para acompanhamento ambulatorial após completar 14 dias de antibioticoterapia. Na reavaliação realizada após um mês, mantinha-se assintomático, sem sequelas e com a PCR normalizada.

## Discussão

O agente etiológico mais comum da artrite séptica não gonocócica, em adultos, é o *Staphylococcus aureus*, seguido pelo *Streptococcus* spp. Entre os Gram-nega-

tivos, que são responsáveis por 10 a 20 % dos casos, *Pseudomonas aeruginosa* e *Escherichia coli* aparecem como os mais frequentes <sup>(2)</sup>.

O primeiro caso de artrite séptica em adultos pelo *Haemophilus influenzae* foi descrito em 1938 <sup>(3)</sup>, mas estima-se que menos de 100 casos tenham sido relatados na literatura até hoje <sup>(1)</sup>. A origem dessa infecção com frequência não é conhecida, e a via respiratória superior é considerada uma provável porta de entrada <sup>(1,4,5)</sup>.

Historicamente, esse microorganismo foi uma das causas mais comuns de artrite infecciosa em crianças, com menos de 2 anos de idade, mas a incidência vem diminuindo devido à vacinação contra *Haemophilus influenzae* subtipo b <sup>(2)</sup>, enquanto o não b vem ganhando importância em termos epidemiológicos <sup>(6)</sup>.

A maioria dos pacientes com artrite séptica por esse agente apresenta fatores predisponentes, tais como diabetes mellitus, artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, alcoolismo, esplenectomia, tratamento imunossupressor, gota, condrocalcinose, mieloma múltiplo, linfoma, hipogamaglobulinemia, vírus da imunodeficiência humana, trauma, entre outros <sup>(3,4)</sup>.

Essa bactéria está associada a um quadro de infecção poliarticular <sup>(6)</sup> e frequente envolvimento extra-articular, como meningite, pneumonia, faringite, sinusite, conjuntivite e celulite <sup>(3,4)</sup>.

No caso relatado não houve evidência de infecção de vias aéreas superiores precedendo as manifestações clínicas, nem foram identificados a presença de fatores predisponentes. O quadro de artrite séptica evoluiu com comprometimento extra-articular, manifestado por meningite e piomiosite de panturrilha esquerda, mas o pronto reconhecimento da artrite séptica possibilitou a antibioticoterapia precoce, minimizando o risco de destruição articular.

A infecção pelo *Haemophilus influenzae* subtipo não b foi confirmada pela hemocultura e cultura do líquido sinovial, no entanto o agente etiológico da meningite bacteriana não foi detectado provavelmente porque o líquido foi coletado na vigência de antibioticoterapia. Mesmo assim, creditamos ao microorganismo identificado a etiologia da meningite, pois os materiais biológicos onde esse agente foi identificado foram obtidos antes de iniciar o tratamento com antibiótico, além da boa resposta clínica do paciente com o ajuste da dose para cobertura do sistema nervoso central. A meningite pelo *Haemophilus influenzae* subtipo não b tem sido descrita raramente <sup>(7)</sup>, assim como outras infecções relacionadas a ele <sup>(8)</sup>.

O relato desse caso teve o intuito de chamar a atenção

para a possibilidade de artrite séptica ter como etiologia o *Haemophilus influenzae* subtipo não b, que apesar de raro pode desencadear infecções graves. O tratamento precoce com o antibiótico adequado pode levar a cura do processo infeccioso, evitando complicações e sequelas.

## Referências

1. McGrane S, McCabe JP. *Haemophilus influenzae* septic arthritis of the ankle: a case report. *J Foot and Ankle Surg* 2005; 11:41-43.
2. Shirliff ME, Mader JT. Acute septic arthritis. *Clin Microbiol Rev* 2002; 15: 527-44.
3. Llorach MB, Fernandez DA, Daunis JV, et al. *Haemophilus influenzae* septic arthritis in the adult. *Clin Rheumatol* 1989; 8: 292-94.
4. Lesage V, Pee DV, Luyx C, et al. Septic arthritis caused by *Haemophilus influenzae* associated with endocarditis. *Clin Rheumatol* 1998; 17: 340-42.
5. Visser H, Macfarlane D, Thompson J. *Haemophilus influenzae* septic arthritis in a healthy adult. *Infection* 1993; 21:191.
6. Melhus A, Svernell O. Polyarticular septic arthritis caused by non-encapsulated *Haemophilus influenzae* biotype I in a rheumatic adult. *Scand J Infect Dis* 1998; 30:630-31.
7. Eng RHK, Corrado ML, Cleri D, et al. Non-type b *Haemophilus influenzae* infections in adults with reference to biotype J. *Clin Microbiol* 1980; 11: 669-71.
8. Greene GR. Meningitis due to *Haemophilus influenzae* other than type b: case report and review. *Pediatrics* 1978; 62: 1021-25.

### Endereço para correspondência

Ana Maria Nunes de Faria Stamm,  
Rua Germano Wendhausen, 32, apto 101. Ed.Domus  
Centro  
Florianópolis-SC  
CEP: 88015-460  
E- mail:stamm@ativanet.com.br