



CONVULSÃO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE FEBRE TIFOIDE: RELATO DE CASO

Bruno Toniazzi¹; Sarah Tucci De Biaso¹; Thiago Buril Fontes¹; Bruna Vanessa Nunes¹; Cassio Murilo Trovo Hidalgo Filho¹⁻²

¹Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo; ²Instituto do Câncer do Estado de São Paulo

Introdução/Fundamentos

A Febre tifoide (FT) é causada pela *Salmonella enterica* sorotipo *typhi* A. O quadro clínico consiste em febre alta, dor abdominal, anorexia e outras alterações gastrointestinais. A doença pode se manifestar de forma grave incluindo complicações hemorrágicas e perfuração intestinal. O diagnóstico é clínico-epidemiológico e laboratorial. A leucopenia e alterações de transaminases são comuns em adultos. O tratamento consiste em antibioticoterapia. Embora a cefaleia seja prevalente, outros sintomas neurológicos são incomuns e a manifestação inicial com convulsão é rara em adultos.

Objetivos

Relatar um caso incomum de FT em região não endêmica com manifestação atípica.

Métodos

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 50 anos, morador de área livre em São Paulo, admitido na emergência de um hospital terciário, devido a quadro de crise convulsiva não presenciada. Ao exame inicial apresentava-se febril (38,5°C), eupneico com ausência de sinais meníngeos. O exame físico mostrou hepatomegalia com fígado palpável a 2 cm do rebordo costal, sem outras alterações. Exames laboratoriais em anexo na tabela 1. Os demais exames complementares não mostraram alterações. Realizada coleta de líquor sem alterações sugestivas de infecção. Sorologia para a dengue negativa. A bacterioscopia de amostra de sangue periférico mostrou presença de bacilos Gram negativos. Hemoculturas apresentaram crescimento bacteriano, após 24 horas de incubação, em duas amostras, sendo conclusiva para *Salmonella typhi*.

Resultados

O paciente, manteve-se febril durante os primeiros dias de internação, durante esse período apresentou prostração, epistaxe, êmese, porém evoluiu com melhora clínica e ausência de febre a partir do 5º dia de tratamento com ceftriaxone. Após o período de 48 horas afebril e melhora clínica, recebeu alta hospitalar e seguimento ambulatorial.

Tabela 1 – exames laboratoriais de entrada do paciente no serviço hospitalar.

Exames laboratoriais	Entrada	Saída
Hemoglobina	12,1 g/dL	13,2 g/dL
Hematócrito	40,6 %	41,1 %
Leucócitos	3.300 mil/mm ³	6.500 mil/mm ³
Plaquetas	120000 mil/mm ³	173000 mil/mm ³
Creatinina	1,35 mg/dL	1,18 mg/dL
TGO	398 U/L	122 U/L
TGP	150 U/L	78 U/L
Ureia	24 mg/dL	28 mg/dL

Conclusões/Considerações Finais

Diante de um paciente com quadro inicial suspeito para neuroinfecção, após excluídas as causas mais comuns como as encefalites e meningoencefalites infecciosas, a presença de agentes menos comuns deve ser buscada. A FT deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais em síndromes febris associadas à convulsão, sobretudo nas regiões endêmicas.

Referências Bibliográficas

1. Leung DT. Approach to illness associated with travel to Latin America and the Caribbean. Published online at July 2021. Access on September 2021.
2. Ryan, ET; Andrews, J; John, J. Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis of enteric (typhoid and paratyphoid) fever. Published online at December 2020. Access on September 2021.
3. Stevens, DL. Invasive group A streptococcal infection and toxic shock syndrome: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. Published online at July 2021. Access on September 2021.