

Meningoencefalite fúngica em paciente imunocompetente - Relato de caso

Autores: Bernardo Pinto Coelho de Carvalho Corrêa, Guilherme Aquino Ferreira de Freitas, Leonardo Meira de Faria, Marcela Carolina Passini, Ana Victoria De Oliveira Vasconcellos

1. Introdução:

A cefaléia é a quarta maior demanda por serviços de emergência no Brasil, correspondendo a 4,5% dos atendimentos. Dentre as cefaléias secundárias, a meningoencefalite, inclusive de etiologia fúngica, que é letal em 20% dos pacientes tratados e em quase 100% dos não tratados adequadamente, deve ser investigada.

2. Objetivos:

Demonstrar a importância da meningoencefalite fúngica como um diagnóstico diferencial dos quadros de cefaléia no departamento de emergência.

3. Delineamento e Métodos:

Relato de caso.

4. Resultados (Descrição do caso):

Paciente masculino, 60 anos, hipertenso e dislipidêmico, com queixa de cefaléia há 7 dias. Localização holocraniana, excruciante e associada a vômitos, astenia e calafrios. Refratária a analgesia comum e antiinflamatórios não esteroidais. Admitido afebril e sem alterações ao exame físico por aparelhos. Na avaliação neurológica inicial, não havia sinais de hipertensão intracraniana, déficits focais ou irritação meníngea. Tomografia de crânio, ressonância e angiorressonância do encéfalo sem alterações agudas. O paciente foi encaminhado à internação.

No dia seguinte, apresentou queixa de diplopia, com exame oftalmológico revelando paresia do músculo reto lateral direito. Submetido então à punção lombar líquórica que mostrou pressão

de abertura (PAb) de 19 cmH₂O, material límpido, 193 mg/dl de proteínas (pts), 35 mg/dl de glicose (glc) e 787 células nucleadas (cel)/mm³ (100% mononucleares). A tinta nanquim corou células leveduriformes compatíveis com fungos do gênero *Cryptococcus*. Iniciou-se então o tratamento com Anfotericina B lipossomal e Fluconazol. No sétimo dia, o paciente evoluiu com injúria renal aguda, tendo sido suspensa a Anfotericina B. No 11º dia, realizou-se outra punção (PAb 40 cmH₂O, 83 mg/dl de pts, 42 mg/dl de glc e 90 cel/mm³), e a tinta nanquim corou as mesmas estruturas, porém com membranas em degradação. No 19º dia, associou-se Flucitosina.

Houve remissão da cefaléia já nos primeiros dias. O paciente recebeu alta após cinco semanas e, após três meses, não apresentava mais diplopia. Atualmente, está em fase de consolidação com Fluconazol.

5. Conclusões/Considerações Finais:

A verificação dos sinais de alarme das cefaléias evita atraso no diagnóstico. Apesar de mais prevalente em imunocomprometidos, 20% a 30% dos casos de meningoencefalite criptocócica ocorrem em pacientes sem condições predisponentes, e a demora na sua identificação é um dos contribuintes para piores desfechos clínicos. Por isso, a punção lombar deve ser considerada em situações com sinais de hipertensão intracraniana, como a paresia do nervo abducente.

PALAVRAS CHAVE:

Meningoencefalite, Meningite, Fungica, Criptocócica, *Cryptococcus*, Cefaleia, Neurocriptococose, Imunocompetente.