

MENINGITE FÚNGICA: RELATO DE CASO. Seitz KW , Silva PFS , Ohlweiler L , Santos BA , Rotta NT , Pereira AM , Bianchi MB , Hentges CR , Rodini VP . Serviço de pediatria, unidade de neurologia pediátrica . HCPA.

O criptococo é o agente fúngico que mais frequentemente acomete o SNC, causando meningoencefalite, a forma mais comum e mais letal de criptococose extrapulmonar. Os autores relatam o caso de paciente de 11 anos, previamente hígida, admitida no HCPA com hipertensão intracraniana (HIC). História de crise convulsiva 3 meses antes e, desde então, queixas de sonolência excessiva, vômitos, astenia e cefaléia diária, pulsátil, fronto-temporal e de intensidade crescente. Piora no último mês, com surgimento de queixas visuais, dores no pescoço e membro superior direito; persistência da cefaléia e aumento na frequência dos vômitos. Ao exame, observado diplopia, paralisia do VI nervo craniano à direita, discreto déficit de força à direita e edema de papila bilateral no fundo de olho. TC de crânio: aumento do volume dos ventrículos laterais; borramento difuso dos sulcos corticais; sem desvios ou sinais de sangramento. Líquor: 17 leucócitos (100% mononucleares), 44 eritrócitos, glicorraquia 61, glicemia 93, proteínas 27, pressão de abertura 60 mmHg, cultural negativo, sorologias para sífilis, toxoplasmose, CMV, enterovírus, HIV e herpes negativos; pesquisa para micobactérias, criptococo e outros fungos negativa. RNM mostrou colabamento do aqueduto cerebral com dilatação triventricular. Recebeu inicialmente manitol e manteve o uso de acetazolamida para controle da HIC. Iniciou tratamento empírico para meningite fúngica baseado nos achados clínicos e laboratoriais e no relato de inalações prévias com folhas de eucalipto. Recebeu anfotericina B e flucitosina por 20 dias, seguido de fluconazol. Apresentou melhora clínica gradativa, recebendo alta sem sintomatologia de HIC e com melhora da paralisia do VI nervo craniano direito. Plano de completar 8 semanas de tratamento com fluconazol e acompanhamento ambulatorial. O criptococo é o fungo responsável por mais de 50% das meningoencefalites nos pacientes imunodeprimidos, sendo o mais freqüente, também, nos imunocompetentes. Pode acontecer HIC secundária e geralmente cursa com cefaléia intensa, papiledema e hidrocefalia. Está associada a alta mortalidade se não tratada. A maioria dos pacientes apresenta tomografia e líquido sem alterações. A infecção do SNC é consequência da inalação do fungo por via respiratória, que se dissemina por via hematogênica. O fungo pode ser isolado da excreta de pombos ou de espécies de eucaliptos. O diagnóstico se faz por presença de leveduras no exame direto (presentes em 50% dos pacientes imunocompetentes), pesquisa do antígeno e cultura (positiva em aproximadamente 90% dos pacientes). No caso em estudo, a ausência de causa anatômica para a HIC, assim como o resultado do líquido e o relato de inalação de eucalipto somaram fatores fortemente sugestivos para o diagnóstico de meningoencefalite criptocócica. Optamos por iniciar o tratamento empírico e obtivemos bom resultado. Concluímos que a criptococose é uma causa relevante de infecção do SNC e HIC em pacientes imunocompetentes, muitas vezes não diagnosticada pela dificuldade de comprovação laboratorial. Na ausência do tratamento a infecção pode ter consequências catastróficas, daí a importância da suspeita diagnóstica e do início precoce do tratamento, já que, na maioria das vezes, este resulta em boa evolução do quadro e cura da doença.