



## Trabalhos Científicos

**Título:** Hiperatividade Simpática Paroxística Associado A Ventriculite Em Paciente Com Hemorragia Cerebral Extensa – Relato De Caso

**Autores:** VINICIUS VELOSO TEIXEIRA (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), LUMA MOREIRA RAMOS (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS), CAROLINA VILLA NOVA AGUIAR (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), DILTON RODRIGUES MENDONÇA (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), DANIELLY DE CASTRO VARJÃO (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS), RENATA COTRIM RODRIGUES (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS), MARCELA BELLO LIMA PINTO (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS), DANIELE ARAÚJO BARROS DE NOVAIS (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS), ANA CAROLINA DE OLIVEIRA (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS)

**Resumo:** Introdução: A hiperatividade simpática paroxística (HSP) é uma complicação que pode aumentar a morbidade e a mortalidade de pacientes graves neurológicos, especialmente nos casos em que não é prontamente reconhecida e tratada.   
Objetivos: Paciente masculino, 11 anos, acompanhado do genitor e procedente de Porto Seguro – BA com história de cefaleia holocraniana intensa associada a vômitos que evoluiu com crise convulsiva tonico-clônica generalizada e rebaixamento de nível de consciência. Submetido a intubação orotraqueal e sedado, fez tomografia computadorizada (TC) de crânio revelando sangramento em topografia de núcleo capsular esquerdo com extravasamento para ventrículo lateral esquerdo e por tal é submetido a derivação ventricular externa. Possui história preegressa de hemorragia intracraniana secundária a malformação arteriovenosa (MAV) em topografia símila TC, já embolizada parcialmente em agosto/2024. Neurorradiologia intervencionista indicou conduta conservadora. Neurocirurgia indicou manter neuroproteção e derivação ventricular peritoneal (DVP) quando melhora do sangramento. Portador de epilepsia, piorou do quadro convulsivo com necessidade de ajuste de antiepilepticos, conforme neurologia. Sem perspectiva de saída da ventilação mecânica (VM) invasiva, realizou traqueostomia. Após 2 semanas do evento agudo, paciente cursa com hipertensão, taquicardia, sudorese intensa, distonia e febre persistente. Iniciado antibioticoterapia empírica com coleta de culturas, sem evidência de crescimento bacteriano e triagens infecciosas negativas. Na persistência do quadro, equipe da infectologia orienta escalonamento de antibiótico. Suspeitado ainda de HSP, iniciou Gabapentina e Propranolol, com melhora gradual. Após 2 meses do internamento, retorna com febre, hipertonia, taquicardia e sudorese intensa e estudo do liquor sugestivo de infecção bacteriana, iniciado terapia para ventriculite com Polimixina B intratecal associado a ajuste de terapêutica direcionada a HSP, com nova melhora do quadro. Foi submetido a DVP, cursou com posterior mal epiléptico, necessidade de VM por midazolam e aumento de medicamentos antiepiléticos sem tolerar suspensão da infusão contínua. Último eletroencefalograma sem estado de mal epiléptico e sem convulsões clínicas. Em acompanhamento com cuidados paliativos.   
**Metodologia:**   
**Resultados:**   
**Conclusão:** Na HSP, hipertensão, taquicardia, taquipneia, febre e sudorese profusa, assim como posturas distônicas, fazem parte do quadro clássico. O diagnóstico é clínico, utilizando a ferramenta de identificação de probabilidade de HSP, evidenciado no paciente um escore acima de 17 pontos. No tratamento, evita-se estímulos que possam desencadear a crise, aborta-se crises com morfina e propranolol ou clonidina e faz-se profilaxia com a gabapentina, Bromocriptina ou baclofeno, com sucesso variável. A não identificação da HSP precoce, pode corroborar na piora do prognóstico neurológico do paciente.