



**20°** CONGRESSO  
BRASILEIRO DE  
**Infectologia  
Pediátrica**  
DE 14 A 17 DE NOVEMBRO • SALVADOR/BA

## Trabalhos Científicos

**Título:** Neurocriptococose Em Paciente Pediátrico Hiv Negativo– Um Relato De Caso

**Autores:** Jéssica Fernandes Nominato; Fernando Oliveira Mateus; Maiara Silva Santos; Claudia Borges Rodrigues Teixeira; Jacqueline Batista Vieira Camelo

**Resumo:** Apesar da história natural da meningite criptocócica em pacientes com AIDS ser bem documentada em países desenvolvidos, há poucas publicações atualizadas sobre meningite criptocócica em pacientes HIV-negativos, principalmente na faixa etária pediátrica. A letalidade na criptococose é elevada variando de 45 a 72%, e o índice de sequelas são elevados. O relato trata-se de paciente com cefaleias e febre há mais de trinta dias, com vômitos esporádicos não correlacionados com alimentação. Durante investigação fora descoberto que paciente era hiv negativo, e seu liquor cefalorraquidiano fora positivo para criptococo, e cultura fora positiva. Não apresenta história epidemiológica conclusiva. Seu exames de imagem como tomografia computadorizada de crânio apresentou leucomalácia, a ressonância magnética de crânio apresentou alterações inespecíficas, como realce meníngeo, higroma parietal e ausência de criptococoma. Ao exame oftalmológico de fundoscopia apresentou papiledema. Durante internação com tratamento com anfotericina B lipossomal e fluconazol, evoluiu com melhora da cefaleia e febre. As leveduras presentes no LCR foram diminuindo, e as culturas subsequentes se negativaram. Recebeu alta hospitalar na fase de consolidação, com fluconazol e retorno ao ambulatório de Infectologia Pediátrica para acompanhamento e seguimento. Esta doença é causada pela infecção pelo fungo *Cryptococcus* sp (podendo ser *neoformans* ou *gattii*). O fungo entra tipicamente no corpo através dos pulmões e pode causar pneumonia. Também pode se espalhar para o cérebro, causando edema cerebral. Pode infectar qualquer parte do corpo, mas (após o cérebro e os pulmões) infecções da pele, ossos ou trato urinário são mais comuns. O diagnóstico é feito por detecção de antígeno capsular polissacarídeo de *Cryptococcus* pela aglutinação do látex, pode ser realizada no sangue, urina, lavado brônquio alveolar e no LCR. Na prática é realizado no LCR e no soro. A cultura é o exame comprobatório da doença. Os cursos de tratamento consistem em fases de indução, consolidação e manutenção da terapia. A fase de indução tem por objetivo negativação ou redução efetiva da carga fúngica, sendo preconizado em geral, de 4 a 6 semanas. O regime de primeira linha consiste em Anfotericina B e 5-flucitosina, e na ausência de 5-flucitosina, a anfotericina B é administrada com fluconazol. A fase de consolidação é preconizada por 8 semanas e a fase de manutenção por 6 a 8 meses, ambas realizadas com fluconazol. Por se tratar de uma patologia menos comum em pacientes pediátricos hiv negativo, e com alta grau de letalidade e sequelas, esse relato corrobora para maior experiência no assunto e faz uma revisão importante sobre aspectos de tratamento que se diferencia de casos quando o paciente é hiv positivo.