



08 A 11 DE
NOVEMBRO

Viasoft Experience
Rua Professor Pedro Viriato Parigot de Souza,
5300 - Cidade Industrial de Curitiba, Curitiba - PR



Trabalhos Científicos

Título: Meningite Criptocócica Em Paciente Pediátrico Com Diagnóstico De Hiv

Autores: TAIANE CECHIN (HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), GIOVANA BONIATTI FREITAS (HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), MICHELLE TOSCAN (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE), JULIÊ MILENA TESTA (HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), FERNANDA ALEXIA BUFFON (HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), ELISA ZANDOMENEGHI (HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), PÂMELA DALL' AGNO (HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), VIVIANE RAQUEL BUFFON (HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), NÁDIA FERREIRA NAVARRO (HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL)

Resumo: A meningite criptocócica é uma infecção oportunista grave com alta morbimortalidade que afeta principalmente pacientes com HIV. O diagnóstico é desafiador devido aos sintomas inespecíficos e subagudos, além da raridade na população pediátrica. Deve-se suspeitar de meningoencefalite por *Cryptococcus neoformans* em pacientes imunocomprometidos com febre, cefaleia ou sinais neurológicos. Paciente masculino, 10 anos e 7 meses, previamente hígido, história de febre, mialgia, vômitos e cefaleia iniciadas 20 dias antes da internação. Consulta pediátrica prévia devido à febre persistente, pesquisadas sorologias para Dengue e HIV, sendo positivo para HIV, RX de tórax e TC de crânio sem alterações. Prescrito amoxicilina com clavulanato, sintomáticos. É encaminhado ao hospital devido cefaleia intensa e episódios de crises convulsivas. Admitido no hospital com rebaixamento de sensório (Glasgow 6), sendo necessário intubação orotraqueal. Pele com escara de decúbito em região sacral. Hemoglobina 8,5, leucograma normal, PCR baixa, sorologias não reagentes, exceto HIV. Realizou coleta de LCR e TC de crânio, sem evidência de alterações significativas. Paciente apresentou pesquisa direta de *Cryptococcus* no LCR. Avaliado pela neurologia e infectologia e iniciadas fenitoína, dexametasona, ceftriaxone, aciclovir e anfotericina B. Paciente evoluiu com quadro midríase bilateral, sem fotorreação, sendo iniciado protocolo de morte encefálica. Realizados exames clínicos compatíveis e arteriografia cerebral que observou ausência de circulação cerebral bilateral, em território anterior e posterior, confirmando diagnóstico após 4 dias da admissão hospitalar. O caso relatado aponta uma infecção grave e rara em crianças, igualmente em portadores do vírus HIV, com prevalência estimada em torno de 1,4%. Tem como causa o fungo do gênero *Cryptococcus* (*C. neoformans*, principal, e *C. gatti*) e está relacionada com a imunossupressão do hospedeiro. Os sintomas mais comuns incluem mal-estar, cefaleia, febre, distúrbios visuais e estado mental alterado. Pela apresentação clínica inespecífica, acredita-se que essa é a causa do tempo prolongado de procura ao atendimento e do atraso do diagnóstico. Ademais, a meningite criptocócica pode ser a doença inicial definidora de AIDS em até 84% dos pacientes em ambientes de baixa renda. O padrão-ouro para diagnóstico em um primeiro episódio é a dosagem do antígeno criptocócico no LCR. A terapia antifúngica combinada de Anfotericina B, Flucitosina e Fluconazol para manutenção é o tratamento padronizado da doença. Há taxa de mortalidade de 100% em doenças não tratadas, de acordo com Diretrizes da OMS. A meningite criptocócica é um diagnóstico raro na faixa etária pediátrica, porém com altas taxas de mortalidade. Todo paciente com histórico de cefaleia de longa duração, especialmente imunodeprimidos, devem ser submetidos a testes diagnósticos com o objetivo de excluir essa patologia.