



Trabalhos Científicos

Título: Meningoencefalite Criptocócica: Relato De Caso

Autores: FLÁVIA MARIA ZANDAVALLI NEVES DA FONTOURA (HIJG); BÁRBARA HOFFMANN LOLLI (HIJG); KAYANE FOLCHINI CESCA (HIJG); CAMILA COAN (HIJG); JÉSSICA MALLMANN ERBES SCHAEFER MARTINS (HIJG); KAREN FAVARIN (HIJG); PRISCILLA PRIGOL (HIJG); BRUNA ZAGO (HIJG); YNNAIANA NAVARRO DE LIMA SANTANA (HIJG); TAYSI ALIXANDRINO BEZA (HIJG); SONIA MARIA DE FARIA (HIJG); MARCOS PAULO GUCHERT (HIJG); AROLDI PROHMANN DE CARVALHO (HIJG); RODRIGO VASCONCELLOS MARZOLLA (HIJG); SYLVIA KOWALSKI PEREIRA (HIJG)

Resumo: Introdução: Meningoencefalite criptocócica é uma infecção disseminada causada pelo fungo *Cryptococcus neoformans* em pacientes com HIV sem tratamento e com contagem de CD4 < 1,4% em crianças. O presente trabalho relata um caso de um paciente que apresentou esta comorbidade. Descrição do caso: I.M.C.P, masculino, 12 anos de idade, havia iniciado há 40 dias, com dor epigástrica, sem outros sintomas associados, buscou atendimento, evidenciado hepatoesplenomegalia e iniciada investigação ambulatorial. Após seis dias, iniciaram tosse e febre noturna diária, sendo diagnosticada tuberculose. Permaneceu internado por 11 dias e recebeu alta hospitalar com tratamento domiciliar. Após 3 dias da alta, iniciaram cefaleia e vômitos. Na admissão, solicitado exames, que evidenciaram: positividade para HIV e *cryptococcus neoformans* no líquido, optado então por iniciar Anfotericina B e Fluconazol. Durante a internação, evoluiu com rebaixamento do nível de consciência e três episódios de crises convulsivas tônico-clônico generalizadas, foi transferido para Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde permaneceu por 20 horas. Realizada punção lombar de controle no 20º dia de internação, com ausência de fungos no líquido. Recebeu alta hospitalar após 33 dias hospitalizado e segue acompanhamento ambulatorial. Discussão: Inicialmente, a meningoencefalite criptocócica se manifesta com sintomas inespecíficos por uma ou duas semanas: febre (65%), mal estar, cefaléia (76%) e após podem apresentar rigidez cervical, fotofobia e vômitos. Coma e morte fulminante é raro. Manifestações clínicas sistêmicas podem incluir tosse, dispnéia, erupções cutâneas, perda visual e auditiva. A suspeita é fundamental naqueles pacientes com contagem celular baixa associado à febre e cefaléia. O diagnóstico é definitivo após identificação do fungo ou antígeno específico no líquido/sangue. Antifúngicos e antirretrovirais demonstraram melhora significativa do prognóstico. Conclusão: Apesar da raridade da doença a suspeita inicial é fundamental para o início precoce da terapêutica.