



## **Trabalhos Científicos**

**Título:** Meningite Eosinofílica Após Ingestão De Molusco: Relato De Caso

**Autores:** ANA LUIZA LEAL DE MELLO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), BIANCA FERNANDEZ DELLA PASQUA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), MELISSA BEDIN (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), BRUNA STUMPF BÖCKMANN (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), GABRIELLY BURKHARD VILASFAM (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), LUANA MILER GHANI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), VANESSA MÜLLER (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), MARIANA VIANNA MEISTER (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), VANESSA FEY PASCOAL (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), CARLOS GRAEFF TEIXEIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), MARCELO COMERLATO SCOTTA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), ALESSANDRA MARQUES PEREIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL)

**Resumo:** Introdução: A meningite eosinofílica (EoM) é uma entidade clínica que afeta o sistema nervoso central e é causada principalmente por infecção parasitária. A infestação deve ser suspeitada na presença de sintomas associados à eosinofilia tanto periférica quanto no líquido cefalorraquidiano (LCR). Relato de caso: Menina, 6 anos, previamente hígida internou por queixa de cefaleia holocraniana intensa, náuseas, vômitos e episódio de crise convulsiva focal tônica do membro superior esquerdo, com resolução espontânea. Refere consumo de bebida à base de caramujo três semanas antes do início dos sintomas. Realizou exames que evidenciaram: leucocitose ( $20110/\text{mm}^3$ ) com eosinofilia ( $2956/\text{mm}^3$ ) e exame do LCR revelou pleocitose ( $164/\text{mm}^3$ ) com eosinófilos (64) e linfócitos (34), glicose (42 mg/dL), proteína (66 mg/dL) e western blot para pesquisa de *Angiostrongylus Cantonensis* no LCR negativo. Ressonância Magnética de Crânio mostrou realce leptomeníngeo difuso, associado a alterações de sinal dos sulcos corticais, telencefálicos e cerebelares. Ao exame físico, apresentava-se afebril, com cefaleia moderada e leve rigidez de nuca. Iniciou tratamento com Ivermectina (2 doses de 6 mg) - para prevenção de infecção por strongyloides - e corticoide (prednisona 60 mg). O caso foi acompanhado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e pela Vigilância Sanitária. Discussão: O diagnóstico de EoM é realizado na presença de características clínicas de meningite com identificação de eosinófilos no LCR. O sintoma mais prevalente é a cefaleia de forte intensidade e intermitente. A principal causa de infecção é a ingestão de moluscos ou alimentos crus contaminados por *Angiostrongylus Cantonensis*. Conclusão: A EoM é uma doença emergente em regiões do norte ao sul do Brasil, especialmente em áreas de saneamento básico precário. Mesmo na ausência do agente etiológico, é necessário conscientizar os centros de vigilância sanitária e comunidade médica a fim de realizar diagnóstico precoce com tratamento racional e oportuno.