



39º Congresso Brasileiro CBP de Pediatria

DE 09 A 12 DE OUTUBRO - PORTO ALEGRE/RS

Vamos construir o pediatra do futuro

Trabalhos Científicos

Título: Dificuldade No Diagnóstico Da Meningite Tuberculosa Na Infância: Um Relato De Caso

Autores: EDUARDO LOPES (UNIVERSIDADE DO VALE DO TAQUARI - UNIVATES. LAJEADO/RS), BRUNA DE NEZ DE BARBA (UNIVERSIDADE DO VALE DO TAQUARI - UNIVATES. LAJEADO/RS), BRUNA SCHNEIDER DOS SANTOS (UNIVERSIDADE DO VALE DO TAQUARI - UNIVATES. LAJEADO/RS), CLAUDIA FERRI (UNIVERSIDADE DO VALE DO TAQUARI - UNIVATES. LAJEADO/RS)

Resumo: INTRODUÇÃO: Crianças com infecção tuberculosa correm maior risco de doença disseminada e do sistema nervoso central (SNC), principalmente menores de quatro anos. Suspeita-se de Meningite Tuberculosa (MT) naqueles não responsivos à antibioticoterapia, em quadros de início subagudo e quando há hidrocefalia, acidente vascular cerebral e/ou pressão intracraniana elevada. RELATO DO CASO: Masculino, 2 anos 10 meses, previamente hígido, carteira vacinal completa, iniciou com febre, vômitos, convulsões e perda de consciência. Punção lombar (PL) mostrava 100 de linfócitos, iniciando-se Ampicilina e Ceftriaxone. Tomografia (TC) de crânio mostrava hidrocefalia como única alteração. Transferido para UTI pediátrica 4 dias após, comatoso, Glasgow 5, pupilas mióticas, reagindo pouco ao estímulo doloroso e necessitando O2 suplementar. Mantida antibioticoterapia, associado Aciclovir e hidantinação, solicitados novos exames - PL com proteínas de 669 mg/dL, glicose levemente aumentada. Repetida TC, com piora significativa - áreas hipodensas, comprometendo substância branca e cinzenta parieto-occipital esquerda, núcleos da base, núcleos lentiformes e tálamo à direita, área cuneiforme no hemisfério cerebelar esquerdo. Associou-se Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida (RHZ). Bacilosкопia em três dias diferentes, hemocultura, pesquisa de KPC, PCR em líquor e investigação de microrganismos atípicos negativas. Manteve-se tratamento empírico para MT devido à PL, associando Levofloxacino por absorção do trato gastrointestinal irregular do RHZ, Fluconazol por secreção traqueal com Candida e Vancomicina por piora clínica e laboratorial. Houve pouca melhora neurológica e ventilatória, indicando-se traqueostomia. DISCUSSÃO: O diagnóstico definitivo de MT baseia-se na PL - proteinorraquia 100-500 mg/dL, glicorraquia menor que 45 mg/dL e pleocitose mononuclear 100-500 células/microL. Quanto à cultura, recomenda-se no mínimo três PL em série. TC com realce meníngeo basilar associado a hidrocefalia também pode ajudar no diagnóstico. CONCLUSÃO: Apesar do resultado dos exames não serem inteiramente compatíveis com MT, eles excluem outras causas de doenças do SNC, reforçando a dificuldade diagnóstica e tornando esse um diagnóstico por exclusão.