

TUBERCULOSE PULMONAR E MENGOENCEFÁLICA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO

Letícia Henn Chicol^{1*}, Ana Carulina Guimarães Belchior¹, Wisller Alfredo Monteiro Mariano¹, Rayssa Caroline Martins da Silva Kapteinat¹, José Orestes Oliveira de Avila¹

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) pode complicar com o envolvimento do sistema nervoso central (SNC) em torno de 1 a 5% dos casos e possui como fator de risco a presença de imunossupressão e coinfeção pelo HIV.

A infecção no SNC pode se manifestar como tuberculoma, aracnoidite espinal e/ou meningite tuberculosa. Essa última decorre da disseminação hemática de focos do bacilo localizados em outros sítios do organismo. O quadro clínico é insidioso marcado por febre, cefaleia, vômitos e rigidez nuchal.

A apresentação de manifestações neurológicas sem a história prévia de sintomas respiratórios é comum, sendo que somente em 10% dos casos há relato anterior de tuberculose pulmonar. A infecção simultânea do SNC e dos pulmões ocorre mais frequentemente em indivíduos infectados pelo HIV.

Seu diagnóstico é presuntivo, feito pela clínica e epidemiologia associadas a achados típicos no LCR (claro, límpido, pleocitose de 300 a 500 cel/ml, predomínio de mononucleares, glicorrafia baixa) devido a baixa sensibilidade e especificidade de testes diagnósticos específicos como a PCR no líquido para o *Mycobacterium tuberculosis*. Exames de imagem são úteis para avaliar complicações como déficits focais e sinais indiretos de aumento da pressão intracraniana.

O tratamento envolve terapia antituberculosa e, em alguns casos, neurocirurgia. O prognóstico é reservado, com elevada morbimortalidade, com o desfecho clínico dependente da extensão da doença no início do tratamento antituberculoso adequado.

OBJETIVO

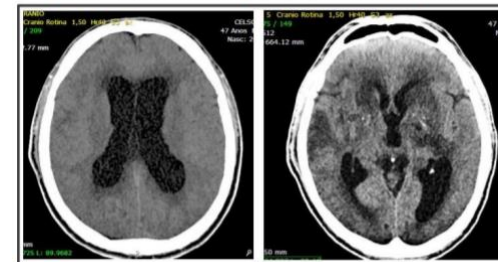
Ressaltar a importância de se considerar a neurotuberculose como diagnóstico diferencial em meningoencefalites e a necessidade de tratamento precoce como modificador do prognóstico em pacientes imunocompetentes.

RELATO DE CASO

C.B., masculino, 47 anos, sem comorbidades, encaminhado ao pronto socorro com relato de adinamia, febre e rebaixamento do nível de consciência com 2 semanas de evolução. Admitido irresponsivo, sendo procedido com intubação orotraqueal e encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva.

Tomografia de crânio da admissão revelou sinais de hidrocefalia, apagamento de sulcos e hipodensidades arredondadas dispersas (figura 1). Tomografia de tórax realizada na ocasião evidenciou opacidades difusas e bilaterais do tipo árvore em brotamento, cavitações e consolidações com halo em vidro fosco (figura 2).

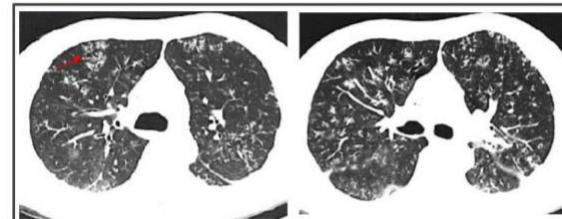
Figura 1 – Hipodensidades e hidrocefalia em TC de crânio



Fonte: autor

Aventada a hipótese diagnóstica de TB pulmonar e meningoencefálica sendo solicitada análise do líquido cefalorraquidiano, genexpert e sorologias para fungos (criptococose, paracoccidiodomicose, histoplasmosse e aspergilose), sífilis e HIV.

Figura 2 – Opacidades do tipo árvore em brotamento em TC de tórax



Fonte: autor

TUBERCULOSE PULMONAR E MENGOENCEFÁLICA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO



Letícia Henn Chicol^{1*}, Ana Carulina Guimarães Belchior¹, Wisller Alfredo Monteiro Mariano¹, Rayssa Caroline Martins da Silva Kapteinat¹, José Orestes Oliveira de Avila¹

Padrão LCR: 42 leucócitos, 76% linfomononucleares e 24% polimorfonucleares, 0 hemácias, 33 glicose, 171 proteína, 96 LDH, com VDRL e látex negativos. Sorologias fúngicas e para HIV também negativas.

Tratado inicialmente com ceftriaxona, terapia antituberculosa, anfotericina e aciclovir. Após análise do padrão líquórico e *genexpert* positivo para *M. tuberculosis*, mantido com esquema para neurotuberculose.

Durante a internação manteve-se comatoso após 13 dias de tratamento, traqueostomizado, falecendo na internação.

CONCLUSÃO

Apesar de ser uma manifestação infrequente em imunocompetentes, quadros sugestivos de meningite não devem desconsiderar a hipótese de tuberculose meningoencefálica do rol de diagnósticos diferenciais, considerando que o tratamento não deve ser adiado dada a alta mortalidade e taxa de complicações da infecção não tratada.

O início do tratamento empírico deve ser garantido para os pacientes com fatores epidemiológicos relevantes, manifestações clínicas e achados radiográficos pertinentes – como hidrocefalia, edema e/ou tuberculomas –, complementado por achados típicos no líquido cefalorraquidiano.

BIBLIOGRAFIAS

CHIN, J.H. Neurotuberculosis: A Clinical Review. Department of Neurology, NYU Langone Health, New York. Seminars in Neurology Vol. 39 No. 4/2019. GARG, R. K. (2021). Central nervous system tuberculosis: An overview. In BERNARDO, J., EDWARDS, M.S., BARON, E.L. (Ed.), UpToDate.

GARG, R.K. (2021). Central nervous system tuberculosis: Treatment and prognosis. In BERNARDO, J., EDWARDS, M.S., BARON, E.L. (Ed.). UpToDate.

GARG, R.K. (2020). Tuberculous meningitis: Clinical manifestations and diagnosis. In BERNARDO, J., BARON, E.L. (Ed.), UpToDate.

RODRIGUES, M.G. et al. Neurotuberculosis: An Overview. Central Nervous System Agents in Medicinal Chemistry, 2011, 11, 246-260