

NEUROTUBERCULOSE: UM RELATO DE CASO

Congresso Nacional Online de Clínica Médica, 2ª edição, de 05/09/2022 a 07/09/2022
ISBN dos Anais: 978-65-81152-87-1

DAGUER; Fernanda Belloni Rocha Daguer¹, OLIVEIRA; Elienay Cassio², SANTOS; Pedro Otavio Oliveira³, COSTA; Gilmar Paiva Quintão⁴, NEVES; Clara Otoni⁵, CARVALHO; Gabriel Seixas⁶

RESUMO

Introdução: A Tuberculose (TB) permanece uma doença com elevada morbimortalidade no Brasil. Pode acometer o sistema nervoso central, com a meningite tuberculosa representando 4,5% dos casos de TB e 13,9% dos casos de meningite, com mortalidade entre 55 e 75%. A apresentação clínica constitui em cefaleia, febre, vômitos e sintomas neurológicos, incluindo alteração do nível de consciência e de personalidade e paralisia de nervos cranianos. O diagnóstico é confirmado por análise líquórica com BAAR positivo ou identificação do *Mycobacterium tuberculosis* em cultura ou teste molecular (TRM-TB) detectável. Entretanto, o diagnóstico de certeza é desafiador, dada a sensibilidade e especificidade subótimas dos testes diagnósticos. O BAAR possui sensibilidade aproximada de 30%, a cultura de 60% e o TRM-TB entre 50-95%. Um diagnóstico presuntivo pode ser feito baseando-se na clínica, na epidemiologia e em um líquido sugestivo. O principal determinante do desfecho clínico é a precocidade do tratamento em relação às manifestações clínicas. **Objetivo:** Descrição de caso clínico sobre patologia com alta morbimortalidade que é frequentemente subdiagnosticada e subtratada devido à baixa suspeição clínica e a testes diagnósticos com baixa sensibilidade. **Métodos:** Revisão de literatura em bases de dados médicos (Pubmed, Cochrane, Embase) utilizando os buscadores *tuberculous AND meningitis* e *central nervous system AND tuberculosis* e revisão de prontuário médico disponibilizado pelo sistema de informações do Hospital das Clínicas da UFMG (HC-UFMG). **Resultados:** H.D.P, masculino, 43 anos, previamente hígido, proveniente de Santa Maria do Suaçuí-MG. Iniciou em março de 2022 com febre, mialgia e vômitos. Evoluiu em dez dias com paraparesia assimétrica pior à esquerda e retenção urinária, com nível de consciência e sensibilidade preservados, sendo internado na sua cidade e transferido ao Hospital João XXIII. Realizada tomografia de coluna toracolombar sem alterações. Evoluiu com piora dos déficits motores e confusão mental flutuante, com

¹ Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais , fedaguer@gmail.com

² Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais , elienay.oliveira93@gmail.com

³ Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais , otaviopo1997@hotmail.com

⁴ Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais , gilmarquintao@hotmail.com

⁵ Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais , clarapagamentos@gmail.com

⁶ Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte , seixas_gabr@yahoo.com.br

transferência ao HC-UFMG para extensão propedêutica. Realizada punção líquorica com hipoglicorraquia, hiperproteínoorraquia e pleocitose com predomínio de linfócitos, pesquisa de BAAR e TRM-TB negativa. Sorologias virais, para sífilis e criptococo negativas. Pesquisa autoimune e de marcadores oncológicos negativa. Ressonância magnética de encéfalo evidenciou realce leptomeníngeo difuso e focos de isquemia aguda/subaguda, achados sugestivos de neurotuberculose. No início de abril, após resultado dos exames, iniciou-se tratamento empírico para neurotuberculose e meningite fúngica. Paciente evoluiu com tetraparesia e rebaixamento do sensório (Glasgow 7 FOUR 12), foi traqueostomizado, indo a óbito cerca de sete semanas após o início do quadro. Foram realizadas ao todo oito pesquisas de BAAR e TRM-TB no líquido, todas negativas. Liberado resultado de cultura líquorica após o óbito com crescimento de *Mycobacterium tuberculosis*. **Conclusão:** A meningite tuberculosa possui elevada morbimortalidade e o início precoce de tuberculostáticos é essencial. O tratamento deve ser iniciado na suspeição diagnóstica e não deve ser postergado esperando-se a confirmação. O TRM-TB pode ser mais sensível do que a cultura do líquido, mas o diagnóstico não deve ser excluído com base em um resultado negativo. Estudos atuais concentram-se em aprimoramento terapêutico, enquanto há necessidade de melhoria dos testes diagnósticos de forma a possibilitar tratamentos mais precoces e melhores desfechos. **Resumo sem apresentação Infectologia**

PALAVRAS-CHAVE: Infectologia, Meningite Tuberculosa, *Mycobacterium tuberculosis*, Neurotuberculose