

EP-368 - TRATAMENTO PARENTERAL DA TUBERCULOSE GRAVE: RELATO DE CASO E OPÇÕES TERAPÊUTICAS

Alessa de Andrade Santana,
Mariangela Ribeiro Resende,
Julia Domingues Gatti,
Pedro Teixeira Meirelles,
Antonio Camargo Martins,
Marcia Teixeira Garcia

Hospital das Clínicas (HC), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: A tuberculose (TB) é a segunda causa de morte por um único agente infeccioso no mundo. No Brasil, no contexto de casos de TB grave são utilizadas medicações parenterais alternativas.

Objetivo: Relatar caso de TB disseminada grave, com ênfase nas particularidades da terapêutica específica quando o TGI não está funcional.

Método: Relato de caso, revisão de prontuário e revisão de literatura.

Resultados: Mulher, 18 anos, encaminhada ao serviço terciário por obstrução ureteral. Referia tosse, perda de peso, febre e sudorese intermitente há dois anos, com tratamento antimicrobiano inespecífico e pesquisa de escarro negativa. Há seis meses com dor abdominal em andar inferior, intermitente, com náuseas e vômitos, sendo diagnosticada nefrolitíase bilateral e adenite mesentérica em fossa ilíaca direita. Pela obstrução ureteral à esquerda foi instalado duplo J. Na investigação complementar observou-se à TC de abdome, enterocolite e na base do tórax micronódulos, opacidades centrolobulares ramificadas e em vidro fosco com aspecto de árvore em brotamento. Foi coletado escarro com pesquisa de BAAR positiva e detecção de *M. tuberculosis* no TRM-TB do escarro e da urina; a sorologia para HIV foi negativa. Feito o diagnóstico de TB disseminada, pulmonar, laríngea, intestinal e de vias urinárias e iniciado o tratamento com RHZE. Após sete dias evoluiu com melena e instabilidade hemodinâmica, feito EDA (normal) e colonoscopia (ileíte, colite e uma úlcera em ângulo hepático). Alterado o tratamento de RHZE para amicacina, levofloxacino, meropenem associado à clavulanato, por via endovenosa. Linezolida não foi utilizada pela hemoglobina de 6,2g/dL e sangramento ativo. Encaminhada para laparotomia exploradora, que evidenciou úlceras sangrantes no intestino delgado, sendo ressecado 170 cm e feita peritoneostomia, no anatomopatológico do delgado foi confirmada TB intestinal. Evoluiu com melhora, e após liberação de dieta foi reintroduzido o esquema RHZE. Recebeu alta 45 dias após admissão.

Conclusão: Este relato evidencia as limitadas opções terapêuticas parenterais para TB em situações de TGI não funcionante, bem como uma grande lacuna nas diretrizes de tratamento. Estudos demonstram a absorção errática da rifampicina por sonda nasointestinal e no Brasil não dispõe-se de R e H por via endovenosa. Avaliação de custo-efetividade da incorporação da R e H para uso parenteral no Brasil deve ser realizada.

EP-369 - HIDROCEFALIA OBSTRUTIVA INTERMITENTE DE CISTO ÚNICO DE NEUROCISTICERCOSE RACEMOSA EM QUARTO VENTRÍCULO CEREBRAL - RELATO DE CASO

Alessa de Andrade Santana,
Júlia Domingues Gatti, Matheus Oliveira Povoá,
Henrique C.R. Aquino Santos,
Alexandre Mota Mece

Hospital das Clínicas (HC), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: A Neurocisticercose (NC) é a principal doença parasitária do SNC e é endêmica no Brasil. Apresenta-se na forma intraparenquimatosa e racemosa, sendo um desafio diagnóstico devido à sua gama de apresentação (epilepsia, déficits focais, meningoencefalite crônica, hipertensão intracraniana). Destacamos um caso de sucesso na ressecção cirúrgica de cisto intraventricular (IV) com confirmação histopatológica.

Objetivo: Relatar caso de apresentação menos comum de NC e suas repercussões clínicas e de tratamento.

Método: Relato de caso, revisão de prontuário e literatura.

Resultados: Mulher, 29 anos, há 01 dia com cefaleia, náuseas, vômitos, pico subfebril, rigidez de nuca e rebaixamento súbito do nível de consciência (ECG 9) é admitida em sala de emergência. Evidenciado em TC de crânio sistema ventricular com dilatação supratentorial e transudação líquórica, sugestivos de hipertensão intracraniana (HIC). Devido à impossibilidade de coleta de líquido cefalorraquidiano (LCR) num primeiro momento, é conduzida como meningoencefalite bacteriana/viral, com ceftriaxona, aciclovir e vancomicina. Evolui em poucas horas com melhora completa de sintomas. Em ressonância magnética de crânio, visto sinais de HIC com ectasia do III e ventrículos laterais, sem sinais de herniação, além de formação com componente cístico e nodular de permeio em 4° ventrículo com extensão caudal ocupando parte do forame de Magendie e de Luschka. Coleta de LCR evidenciou 26 leucócitos (sem diferencial), proteína de 43 e glicose de 84. Sorologia para cisticercose positiva no LCR (IgG *Taenia solium* e imunofluorescência indireta reagentes). Encaminhada para remoção cirúrgica (craniotomia suboccipital até forame magno). Anatomopatológico evidenciou *Cisticercus Cellulosae*, com scolex e membrana. Teve alta sete dias após a cirurgia, assintomática.

Conclusão: A NC extraparenquimatosa IV é menos comum (10 a 20% dos casos). Pode ser assintomática por anos, até ocorrer obstrução pelo cisto que se aloja em área de drenagem, desencadeando hidrocefalia por obstrução do aqueduto de Sylvius ou forame de Magendie e de Luschka. O tratamento da NC depende da sua localização. A forma IV com cistos não aderentes denota remoção cirúrgica se acesso possível. Caso cistos aderentes ou não passíveis de remoção, sugere-se derivação líquórica seguida de antiparasitário e corticoterapia. Este caso expõe a relevância de se considerar NC nos diagnósticos diferenciais de hidrocefalia obstrutiva, bem como conhecer as propostas de tratamento com base em evidência médica.