Meningite tuberculosa em paciente imunocompetente complicada com hidrocefalia comunicante e isquemia

OBJETIVO

Discutir complicações da meningite tuberculosa utilizando como exemplo um caso clínico incomum na prática clínica.

RELATO DO CASO

Paciente 46 anos, sexo masculino, previamente hígido, inicia cefaleia holocraniana, sem outros sintomas, com 15 dias de evolução. Evolui com cefaleia persistente em piora da intensidade associada a febre e confusão mental. Exame neurológico com rebaixamento do sensório, sem sinais focais ou meningismos. Tomografia computadorizada do crânio (TCC) sem anormalidades agudas, anti-HIV não reagente e análise de líquor (LCR) com hipoglicorraquia, hiperproteinorraquia e pleocitose sem predomínio diferencial celular. Iniciado tratamento empírico com Aciclovir, Ceftriaxona, Ampicilina e Dexametasona para provável meningite de etiologia a esclarecer. Paciente sem melhora frente a tratamento empírico. Nova análise de LCR com piora da hipoglicorraquia e da pleocitose com predomínio linfocítico importante e nova TCC com hipodensidade frontobasal e nucleocapsular bilateral, sugestiva de isquemia subaguda, e sinais de hidrocefalia comunicante com hipertensão intracraniana, demandando derivação ventricular. Suspeita-se de meningite tuberculosa e iniciado tratamento empírico. Paciente evolui com melhora progressiva a partir de então. Confirmado diagnóstico de meningite tuberculosa por detecção de teste rápido molecular para tuberculose no LCR com hidrocefalia comunicante e provável complicação isquêmica por vasculite.

CONCLUSÃO

Cerca de 1 a 5% dos casos de tuberculose complicam com acometimento de sistema nervoso central. São 3 as principais formas e frente a contexto clínico-epidemiológico favorável deve-se suspeitar: meningite tuberculosa, tuberculoma e aracnoidite espinal. Infecção pelo HIV é um importante fator de risco principalmente em pacientes com contagem de CD4 <100. O diagnóstico é feito com base em apresentação clínica tipicamente subaguda com cefaleia, febre e rigidez de nuca e fatores de risco epidemiológicos. Análise de LCR comumente evidencia pleocitose linfocítica, hipoglicorraquia e hiperproteinorraquia. Exames para detecção do agente etiológico variam em sensibilidade/especificidade.

Em regiões onde é elevada a prevalência de tuberculose, considerar alta suspeição para acometimento neurológico. Não infecção pelo HIV não exclui a suspeita. Há risco de complicações, não infrequentes, em qualquer estágio do tratamento. Tratar com antituberculostáticos, por 9 a 12 meses, sendo indicado o início empírico em caso de alta suspeita clínico-epidemiológica.