

SÍNDROME DE BRUNS CAUSADA POR NEUROCISTICERCOSE INTRAVENTRICULAR: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Congresso On-line de Neurocirurgia e Neurologia, 2ª edição, de 16/08/2021 a 20/08/2021
ISBN dos Anais: 978-65-89908-52-4

ZIMMERMANN; Gabriela¹, ALMEIDA; Gabriel Santos de², SANTOS; Gabriel Baram dos³, SOUZA; Jordana Martins Américo de⁴, SANTOS; Marcius Benigno Marques dos⁵

RESUMO

A síndrome de Bruns (SB) é caracterizada por episódios de cefaleia súbita e intensa, vertigem e vômitos, precipitados por movimentos cefálicos abruptos, atribuídos à hidrocefalia não-comunicante aguda, causada por uma lesão intraventricular móvel, resultando em hipertensão intracraniana (HIC) aguda, manifestando-se intermitentemente e potencialmente fatal. Apresentamos o caso de um paciente com SB por neurocisticercose intraventricular. Homem, 45 anos, com quadro de forte cefaleia de início agudo, na madrugada, rapidamente progressiva, vômitos e confusão mental, foi atendido em outro serviço e liberado com manejo dos sintomas. Ainda no mesmo dia, com o agravamento dos sintomas e rebaixamento do nível de consciência, retornou ao local, de onde o encaminharam para realização de tomografia computadorizada (TC) do crânio. Durante o exame, apresentou várias convulsões, evoluindo para coma Glasgow 3, sendo necessária a intubação orotraqueal e medidas para HIC. A TC revelou hidrocefalia não-comunicante de aspecto hipertensivo e ele foi transferido para um hospital onde foi submetido à derivação ventricular externa (DVE) frontal à direita. No dia seguinte, nova transferência para outro hospital, onde se iniciou tratamento para sepse de foco pulmonar. A TC controle evidenciou bom posicionamento do cateter ventricular e ventrículos laterais de dimensões reduzidas. Para o esclarecimento da etiopatogenia da hidrocefalia, solicitou-se a ressonância magnética (RM). Ele permaneceu sedado por três dias e só despertou plenamente no 11º dia pós-operatório (DPO). Nesse ínterim, foi traqueostomizado. Pela persistência de febre, a DVE foi fechada para a adequada coleta de líquido cefalorraquídeo (LCR). Devido à dificuldade para a realização da RM e não havendo piora neurológica, a DVE foi retirada após 36 consecutivas de seu fechamento, no 15º DPO. Dois dias após a retirada da DVE, o paciente foi encontrado, pela manhã, em Glasgow 3 e pupilas médio-fixas. A TC mostrou hidrocefalia não-comunicante hipertensiva e nova DVE foi instalada. Houve normalização das respostas pupilares. A RM exibiu imagem sugestiva de cisto no ventrículo lateral direito, a qual foi confirmada por ventriculotomografia, com o contraste injetado pela DVE. Indicou-se a remoção endoscópica do cisto. Contudo, durante quase 60 dias consecutivos, ocorreram inúmeras intercorrências, como repetidas infecções pulmonares, sepse, febre de origem indeterminada, trocas de antimicrobianos, úlceras por pressão, saídas inadvertidas de DVEs, com consequente coma secundário à hidrocefalia hipertensiva e necessidade de novas DVEs, incluindo por contaminação bacteriana do LCR. Após estabilização, se deu a transferência para outro hospital pela disponibilidade de neuroendoscópio. Como uma nova RM expôs a imagem cística apenas no 4º ventrículo, sua retirada foi via craniotomia suboccipital mediana. O diagnóstico foi de cisticercose racemosa. Não houve mais complicações. Um ano após a exérese do cisticercose, o paciente não apresentava limitações funcionais e não havia evidência de lesões encefálicas à RM. Apesar de ser a neuroparasitose mais comum, o diagnóstico definitivo de neurocisticercose ainda é desafiador. Embora incomum, a SB pode ser o quadro clínico inaugural. Concluímos que, no presente caso, o cisticercose, livre, navegou pelo sistema ventricular e sua apresentação inicial foi condizente com a SB. O rápido reconhecimento da SB e sua condução se refletem diretamente no desfecho.

¹ Acadêmica do curso de Medicina pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) Campus Cascavel-PR - Membro discente da Liga Acadêmica de Neurologia e Neurocirurgia (LANN) da UNIOESTE - Cascavel

² Acadêmico do curso de Medicina pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) Campus Cascavel-PR - Membro discente da Liga Acadêmica de Neurologia e Neurocirurgia (LANN) da UNIOESTE - Cascavel

³ Acadêmico do curso de Medicina pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) Campus Cascavel-PR - Membro discente da Liga Acadêmica de Neurologia e Neurocirurgia (LANN) da UNIOESTE - Cascavel

⁴ Acadêmica do curso de Medicina pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) Campus Cascavel-PR - Membro discente da Liga Acadêmica de Neurologia e Neurocirurgia (LANN) da UNIOESTE - Cascavel

⁵ Neurocirurgião formado pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) - Mestrado e Doutorado em Ciências Médicas/Clinica Cirúrgica pela FRMP-USP

Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), campus Cascavel-PR - Coordenador da Residência em Neurocirurgia do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) - Coordenador docente da L. Neurocirurgia (LANN) da UNIOESTE, Cascavel-PR., marciusbms@gmail.com

