



() **Resumo**

(X) **Relato de Caso**

MENINGITE RECIDIVANTE EM PACIENTE COM FÍSTULA SUBARACNOIDE- PLEURAL

AUTOR PRINCIPAL: Bruna Bley Mattar Isbert¹

CO-AUTORES: Fernanda De Carli¹, Agatha Aline Hofmann¹, Elizabeth Bergamo Leal¹ Gregori Manfroi¹, Wellington Souza³, Luciano Bambini Manzato²

ORIENTADOR: Paulo Moacir Mesquita Filho²

UNIVERSIDADE: Universidade de Passo Fundo

(1) Acadêmicos de Medicina da Universidade de Passo Fundo

(2) Neurocirurgiões do Serviço de Neurologia e Neurocirurgia de Passo Fundo

(3) Médico Residente em Neurocirurgia do Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo

INTRODUÇÃO

Pneumoencéfalo, definido como acúmulo de ar no interior da cavidade intracraniana,¹ é um fenômeno bem conhecido, porém uma fístula entre a cavidade torácica e o espaço subaracnoide é uma entidade rara,² principalmente como complicação pós-operatória de ressecção de neoplasia pulmonar.³ Elas são pouco frequentemente descritas na literatura como sequência de uma toracotomia para ressecção de neoplasias, sendo mais comum nos casos de tumores de Pancoast por sua localização no ápice pulmonar, e em cirurgia da parede torácica.^{3,4}

DESENVOLVIMENTO

Paciente feminina, 74 anos, diagnosticada com tumor de Pancoast em 2011, realizou quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes à lobectomia radical superior direita. Em 2014, procurou a emergência por prostração, anorexia e dor crônica em região torácica direita após procedimento cirúrgico. Apresentava alteração do sensório, parestesia em membro superior direito,

sinal de Brudzinski e febre. Tomografia Computadorizada (TC) de crânio excluiu lesões agudas. Após punção lombar, diagnosticou-se meningite bacteriana aguda, recebendo tratamento. Um mês depois, tem piora marcante do sensório, tosse produtiva, febre e sinais de irritação meníngea. Nova TC de crânio revela pneumoencéfalo e pneumoventrículo. Líquor confirmou meningite bacteriana recidivada e recebeu antibioticoterapia. Cisternocintilografia não evidenciou fístula liquórica. Cinco meses após, retornou com queixas e diagnosticou-se o 3º episódio de meningite. Novamente investigada fístula liquórica com Ressonância Nuclear Magnética (RNM) de encéfalo e TC com cortes para base do crânio, sem achados marcantes. TC de tórax revelou nódulo pulmonar em lobo superior direito de 2 cm, derrame pleural ipsilateral, invasão e fístula brônquica, envolvimento pleural, nódulo metastático à esquerda, destruição de segundo, terceiro e quarto arcos costais e lesão de processo transversos de 3ª e 4ª vértebras torácicas. RNM de coluna cervical evidenciou coleção líquida no ápice do hemitórax direito em contato com raízes nervosas na altura da 2ª e 3ª vértebras torácicas. Confirmada recidiva tumoral e indicado tratamento suporte, opta-se por cuidados paliativos.

Pneumoencéfalo é uma complicação relativamente comum, mas após toracotomia para cirurgia de ressecção pulmonar é infrequente.⁵

Ressecção de neoplasias do sulco superior está associada com complicações, como o raro caso de fístula subaracnoide-pleural, e meningite é a complicação mais comumente encontrada.³

Segundo a literatura, as manifestações clínicas podem aparecer entre 4 e 96 dias após a cirurgia. Sintomas iniciais de pneumoencéfalo são cefaleia e alteração do estado mental.⁴

O diagnóstico de fístula subaracnoide-pleural necessita de alto grau de suspeição, e muitas vezes é atrasado. Também pode ter participação no caso a radioterapia pré-operatória, que minimiza a capacidade de cicatrização dos tecidos contribuindo para a formação de fístulas, visto que 50 % dos casos reportados a receberam.³

A identificação definitiva de uma fístula é confirmada radiograficamente. TC de crânio evidenciando pneumoencéfalo pode dar o diagnóstico inicial.⁴ Mielografia seguida por TC tornou-se o teste definitivo para o diagnóstico e localização de fístulas.

Uma vez que a fístula é identificada, o paciente deve ser tratado com antibióticos para evitar complicações. Dada a raridade da patologia, não existe consenso para manejo. Resolução espontânea é rara.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fístula líquórica após toracotomia deve ser suspeitada quando há diagnóstico de meningite em paciente com cirurgia próxima ao saco dural e raízes. Especialmente, se houverem manifestações como derrame pleural e pneumoencéfalo. Embora cisternocintilografia possa ajudar no diagnóstico, mielografia por TC é o melhor método para diagnosticar e localizar a fístula.³

REFERÊNCIAS

1. ALVES, FAG et al. Pneumoencéfalo associado a trauma de face: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.** Camaragibe v.12, n.4, p. 69-72, out./dez. 2012.
2. MALCA SA, et AL. Pneumocephalus after thoracotomy. *Surg Neurol* 1995;43:398-401.
3. NAVARRO, PBO. Pneumocephalus and Cerebrospinal Fluid Fistula Following Removal of a Superior Sulcus Tumor. **Arch Bronconeumol.** 2004;40(9):422-5.
4. J. OLARRA, J et al. Neumoencéfalo masivo y fístula de líquido cefalorraquídeo tras toracotomia. **Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.** 2008; 55: 504-507.
5. LUCCHI M, et al. Massive pneumoencephalus of late onset after an en bloc resection for lung cancer. **J Thorac Cardiovasc Surg.** 2004;127(6):1836-8.