

to the diagnosis of headache type, 38,5% interviewees consulted with a general practitioner, 23% were evaluated by a neurologist, 4,9% were diagnosed by headache specialist, 29,3% never sought medical advice and above all of them 95,2% received medical treatment. **Conclusion:** According to the data obtained, it is important to be said that most of the respondents had some episode of headache last year. Tension headache was the most common type of headache while migraine was the second one, the prevalence in this group is very similar to the one described for general population. Surprisingly, there was a high level of coincidence when applying the IHS criteria. Regarding treatment, most of the people never received preventive treatment while symptomatic treatment was very frequent. In the interviewees who presented migraine of those who presented more than three episodes of headache per month, the majority was not receiving preventive treatment. It should be noted that an important number of respondents was never assessed by a doctor. Furthermore, most of them are receiving medical treatment. Thus, it is crucial to highlight the self-medication that appear to be extremely frequent in health workers.

Keywords: Headache; Prevalence; Hospital workers

PC-56

HIPERTENSÃO INTRACRANIANA ASSOCIADA AO USO DE INFLIXIMABE: RELATO DE CASO

Renan Flávio de França Nunes¹, Hygor Casimiro Mendes de Oliveira¹, Ana Ester Fernandes Diógenes¹,
Renata Gomes Londero¹

¹HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: Cefaleia e vertigem são efeitos adversos comuns ao uso do infliximabe, mas não localizamos na literatura relatos da ocorrência de hipertensão intracraniana. **Relato de caso:** AJMF, sexo feminino, branca, 35 anos de idade, natural e procedente de Alvorada/RS, admitida na emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) em 10/04/2018 devido a cefaleia caracterizada como dor retro-ocular principalmente à esquerda, que piorava à realização de esforços e à movimentação ocular, associada a vertigem, sem náuseas, vômitos ou outras queixas, contínua. Início dos sintomas cerca de dois meses antes da admissão. Diagnóstico prévio de Espondiloartropatia enteropática secundária a Doença de Chron, estando em uso de mesalazina, enalapril e ciclobenzaprina. Acompanhamento com a Reumatologia. Em uso de Infliximabe para controle da doença de base há 2,5 meses (três infusões no período, sem intercorrências). À admissão hospitalar, encontrava-se em bom estado geral, eupneica, alerta, consciente, sem alteração de motricidade ocular extrínseca, sem queixas visuais ou alterações campimétricas, sem ataxia, alterações motoras ou de sensibilidade; fundoscopia evidenciou edema de papila bilateral, sendo aventado o diagnóstico de hipertensão intracraniana (HIC). Ressonância magnética de crânio, evidenciou distensão da bainha dos nervos ópticos. Pressão de abertura à punção lombar de 400 mmH₂O, com líquido normal. Após exclusão das potenciais causas mais comuns para o quadro, o Infliximabe foi suspenso, sendo iniciada acetazolamida para tratamento da HIC. Em consulta ambulatorial, após duas semanas, tinha melhora im-

portante das queixas. Realizada nova punção lombar com pressão de abertura de 220 mmH₂O, líquido normal. Após um mês, retornou ambulatorialmente com resolução do quadro. Exame neurológico, incluindo fundoscopia, normal. À exceção do infliximabe, todas as medicações de uso prévio foram mantidas. Nenhuma interação medicamentosa foi encontrada. **Discussão:** trazemos o relato do presente caso como uma forma de alerta para este potencial parafarmaco do infliximabe, até o presente momento não descrito. Como próximo passo, programamos a suspensão lenta da acetazolamida a fim de confirmar a remissão da doença, conforme já sugerido pela evolução clínica. É sabido que o TNF-alfa possui efeitos sobre lesões encefálicas, não sendo conhecida a relação da sua inibição pelo Infliximabe com a gênese de hipertensão intracraniana.

Palavras-chaves: Hipertensão intracraniana; Infliximabe; Cefaleia

PC-57

NEUROPATIA ÓPTICA COMO MANIFESTAÇÃO DE NEUROSSÍFILIS: DESCRIÇÃO DE CASO

Renan Flávio de França Nunes¹, Hygor Casimiro Mendes de Oliveira¹, Ana Ester Fernandes Diógenes¹

¹HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: As manifestações clínicas na neurosífilis são variados, destacando-se manifestações oculares, dentre elas a neuropatia óptica, sendo considerada uma manifestação atípica e rara da doença. **Relato de caso:** Paciente LMPF, 47 anos, mulher, branca, natural e procedente de Caçapava do Sul/RS, admitida no Hospital de Clínicas de Porto Alegre no dia 15 de junho de 2018 por quadro de perda visual bilateral e simétrica de início subagudo, com evolução para perda visual total num intervalo de 25 dias, 10 meses antes da admissão hospitalar. Referia que após 7 meses do início do quadro, apresentou também hemiparesia braquiocrural à esquerda e cefaleia predominantemente frontal, em caráter de opressão, sem outros comemorativos. À admissão na emergência, a paciente apresentava perda visual bilateral e redução da força em hemicorpo esquerdo, com exame oftalmológico evidenciando palidez de papila importante e estreitamento arteriolar leve, com importante afinamento global da retina, pupilas midriáticas e fotorreagentes. À investigação inicial, evidenciou-se VDRL sérico reagente 1:64, com punção lombar demonstrando pressão de abertura de 270 mmH₂O, hiperproteinorraquia e celularidade aumentada às custas de neutrófilos, além de FTA-Abs reagente. Tomografia de crânio evidenciou proeminência das bainhas líquóricas dos nervos ópticos, com retificação ao nível orbitário, angiografia revelando atrofia óptica bilateral com palidez de ambos os discos ópticos, e ressonância de crânio com redução do quiasma óptico e segmentos pré-quiasmáticos dos nervos ópticos com discretas áreas focais de hipersinal em T2, achados sugestivos de neuropatia óptica. Foi realizado tratamento com ceftriaxone 2 g ao dia durante 14 dias. Durante o período de avaliação, a paciente recuperou completamente o déficit motor apresentado à admissão, mantendo o déficit visual, recebendo alta com plano de acompanhamento ambulatorial após duas semanas para controle pós-tratamento. **Discus-**