necróticos. Apresentava contagem de LTCD4 170 céls/mm^3 e CV indetectável com 3TC/TDF/EFZ. Ademais, em uso de prednisona 1 mg/kg/dia. Apresentava placas infiltradas e nódulos necróticos em membros, tronco e glúteos, e espessamento bilateral do nervo ulnar, mão direita em garra e anestesia distal de extremidades. Talidomida foi associada ao tratamento. Após 12 meses de tratamento para HV, reduziu-se gradualmente talidomida e prednisona por 6 meses, com piora clínica. Feita nova biópsia de pele, sugestiva de reação tipo 2 e eritema nodoso, sendo reiniciado tratamento para HV.

Conclusão: A coinfecção HIV/hanseníase é pouco estudada em suas manifestações e na interação entre os microrganismos. Como doença negligenciada a suspeição da hanseníase é baixa levando a atrasos de diagnóstico e de tratamento, levando a quadros clínicos de maior gravidade.

Palavras-chave: Hanseníase multibacilar HIV Imunossupressão Quimioterapia Combinada

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.102988

COINFECÇÃO MPOX/HIV-1 EM PACIENTE GRAVEMENTE IMUNOSSUPRIMIDO: UMA EVOLUÇÃO CATASTRÓFICA

Luana Vasconcelos Freitas*,
Gabriela de Queiroz Fontes, Ivana de Oliveira Cotrim, Wladimir Queiroz, Giselle Burlamaqui Klautau

Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER), São Paulo, SP, Brasil

A Monkeypox (MPOX) é uma doença causada pelo vírus monkeypox (MPXV), endêmico desde 1970 na África Central e Ocidental, com poucos surtos relatados fora desse continente. Em maio de 2022 observou-se um aumento no número de casos da doença mundialmente, com maior prevalência em homens que fazem sexo com homens (HSH) e com transmissão através de contato direto, incluindo exposição sexual. Nesse contexto, evidenciou-se a associação da MPOX com infecções sexualmente transmissíveis, tal como a infecção pelo HIV. Relatamos o caso de um homem de 26 anos, HSH, com febre alta, mialgia e cefaleia iniciados em julho de 2022, evoluindo após 1 semana com erupção de pápulas umbilicadas dolorosas em nuca e punho, com progressão para membros superiores e região anal e surgimento de vesículas e pústulas disseminadas. O paciente foi atendido no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, em São Paulo, cidade brasileira com maior número de casos confirmados da MPOX, tendo procurado atenção médica devido à dor perianal intensa, com lesões pleomórficas. Diagnosticado com MPOX por técnica de reação em cadeia da polimerase das lesões. Apresentava infecção prévia pelo HIV-1, em uso irregular de terapia antirretroviral (TARV), com contagem de LT-CD4+ de 4 células/μL e carga viral de HIV-1 de 1.428.516 cópias/mL. Após um mês apresentou piora das lesões, complicadas com proctite, celulite perianal, necrose de área glútea e edema peniano com obstrução uretral. Observou-se evolução desfavorável, com surgimento de novas lesões diariamente durante toda a internação. Reintroduzida TARV e iniciada terapia com Tecovirimat na dose de 600 mg de 12/12h, com realização de 2 ciclos de 14 dias do antiviral sem estabilização ou remissão do quadro, mantendo resposta isomórfica em locais de manipulação, simulando um fenômeno de Koebner. Posteriormente, apresentou piora do padrão respiratório, sendo submetido a broncoscopia, na qual se observaram lesões mucosas brônquicas secundárias ao MPXV de acordo com achados histopatológicos. Paciente evoluiu ao longo da internação com múltiplas disfunções orgânicas e síndrome de reconstituição imune, com desfecho de óbito em 3 meses. O caso apresentado retrata coinfecção HIV-1 e MPXV em paciente gravemente imunossuprimido, resultando em evolução desfavorável e refratariedade à terapia antirretroviral e antiviral. Chama-se atenção, portanto, para a importância da interação de ambas as infecções no prognóstico clínico.

Palavras-chave: MPOX AIDS Imunossupressão grave HIV IST

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.102989

COINFECÇÃO TUBERCULOSE, HISTOPLASMOSE E CRIPTOCOCOSE EM PACIENTES HIV/AIDS: RELATO DE CASO

Andressa Noal*, Julia Somenzi De Villa,
Greici Taiane Gunzel, Pedro Moreno Fonseca,
Frederico da Cunha Abbott

Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Pacientes com AIDS estão sob risco de formas disseminadas da histoplasmose e criptococose, doenças que implicam em elevada letalidade. Estima-se que a coinfecção com tuberculose pode ocorrer entre 8% a 15% das pessoas infectadas com HIV e afligidos com histoplasmose, essa coinfecção possui implicações no tratamento sobretudo no contexto de interações medicamentosas. A dificuldade diagnostica se dá pois o tempo de cultura para crescimento de determinados patógenos, principalmente Histoplasma capsulatum e Mycobacterium tuberculosis, o que pode atrasar o início do tratamento.

Caso clínico: Trata-se de duas pacientes jovens com diagnóstico de HIV por transmissão vertical e cargas virais persistentemente elevadas por não adesão aos antirretrovirais. Ambas com imunossupressão avançada, realizaram na admissão testes point-of-care com resultados positivos para TB-LAM (antígeno urinário para tuberculose), CrAg (antígeno sérico para criptococose) e antígeno urinário para histoplasmose. A paciente 1 procura atendimento com queixas gastrointestinais, febre de evolução subaguda e lesões cutâneas hipercrômicas disseminadas. Contagem de linfócitos TCD4 de 6. Exame liquórico com células leveduriformes encapsuladas no exame direto e Cryptococcus neoformans isolado em cultura. Presença de Histoplasma capsulatum em hemocultura e em lesões de pele corados por Grocott. Diagnóstico de neurocriptococose, histoplasmose e tuberculose disseminadas. A paciente 2 queixava de febre, perda de peso significativa, fadiga, tosse e lesões cutâneas hipercrômicas difusas com evolução de 5 meses. Contagem de linfócitos TCD4 de 8. Investigação sem sinais de envolvimento de SNC. Não foram isolados germes em hemoculturas, biópsia de pele e cultura de LCR, contudo a paciente evoluiu com melhora clínica após